

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO  
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

**ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DO ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS  
EM CONSULTAS ODONTOLÓGICAS EM UM HOSPITAL MILITAR DE  
ADMINISTRAÇÃO DIRETA, EM SÃO PAULO**

**Alberto Boaventura da Conceição Junior**

São Paulo  
2020

Alberto Boaventura da Conceição Junior

**ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DO ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS  
EM CONSULTAS ODONTOLÓGICAS EM UM HOSPITAL MILITAR DE  
ADMINISTRAÇÃO DIRETA, EM SÃO PAULO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde, da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração**.

Orientadora: Profa. Dra. Chennyfer Dobbins Abi Rached

São Paulo  
2020

Conceição Junior, Alberto Boaventura da.

Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo dos usuários em consultas odontológicas em um hospital militar de administração direta. / Alberto Boaventura da Conceição Junior. 2020.

53 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2020.

Orientador (a): Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Chennyfer Dobbins Abi Rached.

Gestão em saúde. 2. Absenteísmo. 3. Saúde bucal. 4. Custos.

Rached, Chennyfer Dobbins Abi. II. Título.

**ALBERTO BOAVENTURA DA CONCEIÇÃO JUNIOR**

**ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DO ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS  
EM CONSULTAS ODONTOLÓGICAS EM UM HOSPITAL MILITAR DE  
ADMINISTRAÇÃO DIRETA, EM SÃO PAULO**

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE MESTRADO  
PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO - GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE, DA  
UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO – UNINOVE, COMO REQUISITO PARCIAL  
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO – GESTÃO EM  
SISTEMAS DE SAÚDE.**

---

Prof. Dra. Chennyfer Dobbins Abi Rached – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

---

Prof. Dra. Márcia Novaretti – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

---

Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

---

Prof. Dra. Márcia Mello Costa De Libertal – Membro Externo - UNIFESP

---

Dr. Fernando Mallet Soares Paragó – Profissional de mercado

São Paulo, 30 de março de 2020.

## **DEDICATÓRIA**

**Dedico este trabalho à comunidade acadêmica, que se debruça em busca de materializar melhorias para os usuários do Sistema Público de Saúde, trazendo à tona modelos ou exemplos para que tais usuários, ávidos por ajuda sejam respeitados em sua individualidade e atendidos em suas expectativas.**

## **AGRADECIMENTOS**

Esta dissertação de Mestrado só se concretizou graças ao apoio de diversas pessoas, às quais manifesto gratidão.

Ao Grande Arquiteto da minha vida, Jesus Cristo por me sustentar e iluminar os caminhos ao prof. Valter Barbosa e a Dra. Maressa pelos incansáveis atendimentos diurnamente, à minha família que suportou a minha ausência, à minha esposa que conduziu os compromissos com a casa e filho e, em particular, à prof. Dra. Chennyfer, a quem devo a orientação do mesmo.

À UNINOVE e ao HFASP por possibilitarem o acesso aos estudos e pesquisa e que muito contribuem ao universo acadêmico e à comunidade científica.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Lista de seleção coletada no Gestor de Informações (passo 1)	27
Figura 2 – Lista de seleção coletada no Gestor de Informações (passo 2)	28
Figura 3 – Seleção das clínicas e serviços odontológicos	28
Figura 4 – Ciclo do método de pesquisa-ação	29
Figura 5 – Fluxograma de oficinas de pesquisa-ação	32
Figura 6 – Causas do absenteísmo - motivo	35
Figura 7 – Causas do absenteísmo - categoria	36
Figura 8 – Causas do absenteísmo - pizza	36
Figura 9 – Distribuição por sexo	37
Figura 10 – Distribuição por idade	37
Figura 11 – Motivo da falta	38
Figura 12 – Motivo da falta entre mulheres	38
Figura 13 – Motivo da falta entre homens	39
Figura 14 – Faltosos por categoria clínica - mapa	39
Figura 15 – Faltosos por categoria clínica - especialidades	40
Figura 16 – Faltosos por categoria clínica	41
Figura 17 - Comentários desses profissionais em relação aos motivos das faltas dos pacientes	43

## RESUMO

A acessibilidade e a utilização dos serviços odontológicos de um Hospital Militar de Administração Direta apresenta um importante desafio aos seus gestores: corresponderem às expectativas de seus usuários na condução de um bom padrão de atendimento, e favorecer a contínua promoção da saúde. E um dos grandes desafios enfrentados pela gestão da Instituição corresponde ao desperdício de recursos humanos e até financeiros causados pela ausência de pacientes com consultas previamente agendadas, o que também contribui com a queda de qualidade dos serviços da perspectiva dos pacientes. Deste modo, frente aos desafios de proporcionar constante melhoria nos serviços de saúde bucal prestados no setor público, este estudo teve como principal objetivo analisar as causas de absenteísmo de um ambulatório de odontologia vinculado a um Hospital de Administração Direta, localizado na cidade de São Paulo – SP, Brasil, e estudou as possíveis estratégias para a redução da ausência destes pacientes. Para tanto, o estudo levantou os índices de ausências em atendimentos ambulatoriais nas especialidades odontológicas e traçou propostas para o aprimoramento na prestação de serviços ofertados. A metodologia utilizada para este projeto contemplou um estudo descritivo, analítico, com delineamento transversal, introduzindo as oficinas de pesquisa-ação para melhor implementação da gestão de agendas dos profissionais envolvidos. O projeto foi realizado em duas fases: 1º) análise e quantificação dos motivos de falta às consultas ambulatoriais odontológicas; e 2º) implementação de oficinas de pesquisa-ação. Dentre os principais resultados, identificou, como principal motivo de absenteísmo, o esquecimento da consulta por parte dos pacientes. A partir disso, os participantes das oficinas de pesquisa-ação sugeriram que os pacientes sejam notificados antecipadamente à consulta, além de uma plataforma de cancelamento de consultas implementada como solução às ausências.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde, Absenteísmo, Saúde Bucal, Custos.



## ABSTRACT

The accessibility and use of the dental services in a Military Hospital of Direct Administration, behind in its essence, is an important challenge for managers: it corresponds to the users expectations in conducting a good standard of care and favors the continuous health promotion. One of the biggest challenges faced by managing the Institution corresponds to the lack of resources caused by previously scheduled patients' absence, which also contributes with the lower quality of the services from the patients' perspective. In this way, in the face of these challenges regarding constantly improving oral health services provided in the public sector, this study aimed to analyze the causes of absence in the dental clinic located at a public hospital located at Sao Paulo city - SP, Brazil, and studied the possible strategies for its reduction. In addition, absenteeism rates can be quantified in outpatient activities of dental specialties and track applications for improving the provision of services offered. The methodology used during this study is descriptive and analytical, with a cross-sectional design, introduced as action research workshops for a better implementation of agenda management. The study was carried out in two phases: 1<sup>st</sup> – analysis and quantification of the reasons for the absence from outpatient dental consultations; and 2<sup>nd</sup> – implementation of action research workshops. Among the main results, it was identified that the main reason for absenteeism was due to the participants' forgetfulness. Based on it, the participants of the action research workshops suggested that patients are notified in advance of the consultation in order to avoid absences. In addition, a scheduling deselection channel was implemented as a strategy to reduce absenteeism.

**Keywords:** Health Management, Absenteeism, Oral Health, Costs.

# SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	11
1.2 QUESTÃO DE PESQUISA	13
1.3 OBJETIVOS	13
1.3.1 Geral	13
1.3.2 Específicos	13
1.4 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA	14
1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	15
2.2 ABSENTEÍSMO EM CONSULTAS	17
3 GESTÃO DE CUSTOS	19
3.1 MÉTODOS DE CUSTEIO	20
3.1.1 Método do Custeio Baseado em Atividades (ABC)	21
3.1.2 Método de Absorção	22
3.1.3 Método <i>Time-Driven Activity-Based Cost</i> (TDABC)	22
3.2 CUSTOS COM ABSENTEÍSMO	23
3.3 CUSTO DE PESSOAL	23
4 MÉTODO E TÉCNICA DE PESQUISA	25
4.1 FASE 1	25
4.1.1 Delineamento da pesquisa	25
4.1.2 Local de estudo	25
4.1.3 Participantes	26
4.1.4 Cálculo amostral	26
4.1.5 Procedimentos para a coleta de dados	26
4.2 FASE 2	29
4.2.1 Delineamento da pesquisa	29
4.2.2 Local de estudo	30
4.2.3 Participantes	30
4.2.4 Cálculo amostral dos profissionais que participaram das oficinas de pesquisa-ação	30
4.2.5 Procedimento de coleta de dados	30
4.2.3.1 Fluxograma de oficinas de pesquisa-ação	31
4.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	33
5 RESULTADOS DA PESQUISA	35
5.1 FASE 1	35
5.2 FASE 2	41
5.2.1 Cálculo de tempo efetivamente trabalhado (Tet)	41
5.2.2 Cálculo médio de tempo de ausência (Cta)	41
5.2.3 Cálculo médio do Absenteísmo (Cma)	41

5.2.4 Custo de Pessoal	42
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	48
7.1. <i>LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE FUTURAS PESQUISAS</i>	49
REFERÊNCIAS	51

## 1 INTRODUÇÃO

O Hospital Militar de Administração Direta, localizado na cidade de São Paulo – SP, alvo deste estudo, foi criado para oferecer suporte contínuo aos servidores da Instituição, assim como seus dependentes. Seu principal objetivo é promover saúde aos usuários de diferentes faixas etárias e condições econômicas. As consultas neste Hospital podem ser agendadas presencialmente, por telefone e/ou via *Internet*. Porém, observou-se por meio do sistema de marcação de consultas um número de ausência crescente por parte dos usuários nos ambulatórios de odontologia, o que gerou ociosidade dos profissionais e, conseqüentemente, diminuição da eficiência laboral.

O não comparecimento sem a devida justificativa dos pacientes nas consultas agendadas se traduz no conceito de absenteísmo ambulatorial. Uma eficiente capacidade produtiva de uma Unidade de Saúde é fundamental frente à crescente demanda de usuários que procuram por consultas ou exames odontológicos. Entretanto, quando os pacientes faltam às consultas, tem-se um enfraquecimento desta capacidade. Assim, destaca-se que a atenção aos índices de absenteísmo pode ser observada para melhorar as ações de promoção da saúde dos usuários do Hospital, buscando estratégias para reduzir este índice a partir da compreensão do perfil desses usuários, entendendo suas dificuldades de comparecimento aos agendamentos e os desafios em que estão inseridos e, por fim, criando condições para redesenhar modelos e processos.

Outro ponto de grande importância é a acessibilidade dos usuários aos meios de marcação de consulta/exames. Tais circunstâncias podem criar barreiras aos serviços odontológicos e têm como consequência o absenteísmo nas assistências voltadas a essa especialidade. Segundo Melo, Braga e Forte (2011), a identificação e eliminação de tais barreiras seria importante para um planejamento e dimensionamento eficientes na promoção dos serviços de saúde bucal, objetivando garantir a utilização plena dos serviços oferecidos. Neste contexto, ressalta-se a importância de repensar o sistema de agendamento a fim de evitar desistências e reduzir o tempo de espera por novas consultas, além da necessidade de sensibilizar os usuários quanto aos seus deveres de responsabilização frente ao cuidado de sua saúde e de seus dependentes (Melo et al., 2011).

### 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Em busca de eficiência e eficácia dos recursos públicos, espera-se que gestores “façam muito com pouco”, isto é, atendam cada vez mais usuários com poucos recursos disponibilizados. O Hospital objeto deste estudo visa ofertar consultas ambulatoriais médicas

e odontológicas, exames de imagem e laboratoriais, de forma igualitária. Ressalta-se que a direção do referido Hospital busca constantemente a excelência na promoção e prestação de serviços de saúde de forma humanizada, segura e sustentável. Logo, para uma boa gestão dos recursos públicos, torna-se relevante buscar maneiras que minimizem os desperdícios causados pelo absenteísmo ambulatorial.

A partir do sistema de marcação de consultas dessa Instituição, notou-se um crescimento de ausências dos pacientes aos ambulatórios de odontologia, razão pela qual este projeto trata especificamente deste grupo de atendimento. Após serem observadas 1.120 faltas das 5.378 consultas agendadas no período de setembro a dezembro de 2018, há um comprometimento de aproximadamente 21% dos atendimentos. Nesse sentido, percebe-se a relevância da identificação das causas de absenteísmo, assim como a mensuração desses índices em consultas odontológicas. Tais informações podem contribuir para o melhor funcionamento e gestão do Hospital militar foco da presente pesquisa, também levando-se em conta as particularidades do nicho do público-alvo: servidores em plena atividade, da reserva e dependentes.

A falta de mensuração desses índices de absenteísmo, ou até a descontinuidade nos dados extraídos, podem ter reflexos na falta de percepção da administração na descontinuidade dos serviços oferecidos. Por consequência, ocorrem uma série de transtornos de natureza administrativa e financeira ao Hospital, assim como a seus usuários. É possível elencar a disposição de funcionários na puxada de prontuários dos arquivos e sua posterior coleta nos consultórios, bloqueio de agendamentos de consulta por telefone a cada três faltas do usuário, obrigando que o paciente tenha de ir pessoalmente ao Hospital para desbloqueio. Todos esses transtornos causam perdas de horas-trabalho dos recursos humanos, ou remanejamento de outras funções administrativas para atender a demanda.

Tais ausências às consultas podem ser justificadas por barreiras ao acesso do tratamento odontológico, prorrogando o tempo de tratamento do usuário e aumento na fila de espera por novas consultas. Essas barreiras podem ser compreendidas desde um evento climático específico à por meio da desconfiança na qualidade dos serviços prestados que, em conjunto culminam na não-realização da consulta agendada, contrariando o objetivo do Hospital na promoção de saúde bucal.

A ausência dos usuários nas consultas agendadas produz uma lacuna na rotina do profissional de saúde bucal, dita como ociosidade laboral e, conseqüentemente “dispêndio” de recursos públicos, humanos e/ou ociosidade dos ambulatórios. Entretanto, tais ocorrências geralmente passam despercebidas, e suas conseqüências produzem um excesso de demanda

por novas vagas devido ao não aproveitamento da oferta de serviços de saúde bucal, sobrecarregando o sistema de agendamento de consultas.

A elaboração de planos de intervenção ou manobras estratégicas para a diminuição de faltas a consultas ou exames reduz as insatisfações dos usuários que realmente precisam e não conseguem acesso. Além disso, corroboram para uma maior organização das ofertas de serviços especializados, proporcionando melhor qualidade nos serviços ofertados, diminuindo a ociosidade dos profissionais, e reduzindo o tempo de espera dos usuários por novas consultas ou retorno ao tratamento iniciado.

Gonçalves et al. (2015), estudaram o absenteísmo em consultas odontológicas. Após a identificação das causas, os autores propuseram algumas estratégias para o enfrentamento do problema quanto à educação em cuidados odontológicos, baseadas em palestras mostrando a importância da saúde bucal e do tratamento odontológico. Outras estratégias foram utilizadas frente ao absenteísmo, como a capacitação de agentes comunitários e equipes de saúde, confirmação prévia das consultas agendadas, além da realização de atividades fora dos consultórios ou das unidades de atendimentos.

## 1.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Partindo do problema exposto, surge a seguinte questão de pesquisa: Quais as causas de absenteísmo às consultas agendadas no ambulatório de odontologia de um Hospital Militar de Administração Direta da capital paulista e as possíveis estratégias de enfrentamento para a diminuição desse alto índice de absenteísmo?

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Geral

Refletir sobre as causas de absenteísmo dos usuários às consultas odontológicas em um Hospital Militar de Administração Direta, e propor estratégias para a sua redução.

### 1.3.2 Específicos

- a) mensurar os índices de absenteísmo em consultas ambulatoriais de odontologia;
- b) avaliar o absenteísmo nos ambulatórios de odontologia;
- c) propor estratégias para redução das faltas dos usuários às consultas odontológicas;
- d) apresentar uma pequena amostra do custo de pessoal com o absenteísmo dos usuários nas consultas odontológicas.

#### 1.4 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

O trabalho se justifica visto que as propostas geradas após a coleta e análise de dados poderão ser utilizadas na redução dos custos, ao serem cruzadas com os valores da ociosidade das atividades laborais e dos consultórios, contribuindo para uma melhor gestão das agendas e dos recursos públicos empregados.

Ao conhecer a real dificuldade dos usuários do serviço de odontologia foco deste trabalho e entendendo o que impede que os mesmos estejam presentes às consultas, será possível trazer maior eficiência aos processos, propor melhorias para que os usuários tenham maior acessibilidade aos serviços ofertados, além de otimizar tratamentos já iniciados.

Logo, entende-se a pertinência do estudo aqui proposto, pois simples mudanças no sistema de agendamento, ou mesmo a criação de um canal para desmarcação de consultas, para que o próprio usuário que queira desmarcar a consulta não enfrente a mesma concorrência por atendimento telefônico dos usuários que gostariam de agenda-las, ação que possivelmente estimularia o usuário a fornecer sua disponibilidade de vaga a outrem.

#### 1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

Além desta Introdução, no Capítulo 2 são apresentados os três polos teóricos que sustentam o desenvolvimento deste trabalho: 1 - Absenteísmo em consultas, 2 - Consultas odontológicas, e 3 - Gestão de Custos. No Capítulo 3 – Método e Técnicas de Pesquisa, foi descrito o método de pesquisa utilizado, além das justificativas de sua escolha. Também foram apresentados os construtos da pesquisa, os indicadores de absenteísmo, sexo, idade e o motivo das faltas, dados coletados do sistema Gestor do próprio Hospital. No Capítulo 4 – Análise e Interpretação dos Resultados, são apresentadas as análises e figuras elaboradas para representar as faltas ambulatoriais no período de setembro a dezembro de 2018. As contribuições deste estudo aos gestores do hospital, com o objetivo de minimizar os impactos causados pelo absenteísmo, são apresentadas no Capítulo 5 – Contribuições para a Prática. Por fim, o Capítulo 6 - Conclusões e Recomendações apresentam os aspectos gerais do desenvolvimento da pesquisa, juntamente com as conclusões elaboradas, assim como as limitações inerentes ao próprio estudo, incluindo possíveis sugestões para pesquisas futuras.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CONSULTAS ODONTOLÓGICAS

Para Donabedian (1968), o processo de consultas ambulatoriais pode ser visto como um conjunto complexo de comportamento dos provedores de saúde e outro conjunto de comportamento dos pacientes com interações complexas entre ambos, resultando em termos de saúde e bem estar do usuário. Porém, todos esses eventos e processos se passam na organização formal e informal, considerando-se diversas interferências: sociais, fatores econômicos e culturais, os quais podem influenciar todos os elementos no modelo. Tais como necessidade do usuário, seus comportamentos em resposta à necessidade, iniciativa e interações cliente-fornecedor. E o seu conceito não pode ser limitado apenas por cuidados curativos ou cuidados prestados pelos médicos, mas em um sentido de aplicação mais ampla.

Os cuidados na relação entre usuários e profissionais ultrapassam a relação de consumo, envolvem expectativas, empatia e até mesmo resolubilidade dos profissionais de saúde, a continuidade pelo tratamento dos usuários deve ser estimulada pelos profissionais para que os usuários se sintam satisfeitos e confiantes no tratamento que lhes será disponibilizado, reduzindo assim o abandono do tratamento com aquele profissional ou a troca por outro profissional, retardando a continuidade do tratamento.

Casotti et al. (2014), juntamente com as equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), identificaram diversas características na oferta dos serviços odontológicos acessados, analisando as organizações de Atendimento à Saúde Bucal; em um total 65.391 indivíduos entrevistados no Brasil, quanto ao seu primeiro acesso às consultas odontológicas e a integralidade dos tratamentos, somente 45,1% responderam que tiveram êxito ao marcarem atendimento com o dentista na unidade, 34,5% não tiveram êxito no procedimento e 20,4% nunca procuraram o PMAQ-AB. Tal pesquisa sugere ainda falta percepção do usuário para a prevenção com os cuidados da saúde bucal, e que o atendimento por livre demanda, modelado pela queixa-conduta, ainda prevalece na região Norte e Nordeste, e que os maiores percentuais de usuários que procuraram ser atendidos em situação de urgência seriam da região Sul e Sudeste.

Em estudo, ao serem analisados os dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios (PNAD), sobre o uso dos serviços odontológicos brasileiros (Pinheiro & Torres, 2006), evidenciam que aproximadamente 16% dos brasileiros nunca utilizaram serviços odontológicos e, quanto maior a taxa de pobreza da região, maior a chances da população nunca ter utilizado os serviços odontológicos – estes dados se destacam nas regiões Nordeste e Norte: Maranhão (32,3%) e Amapá (30,0%); as menores taxas de não utilização ocorrem



nos estados do Sul: Paraná (10,1%) e Santa Catarina (9,5%), e na Capital Federal (9,6%). O estudo traz, ainda, que para cada ano a menos de formação acadêmica, há mais 17% de chances de o usuário nunca ter visitado o dentista, sendo que somente uma maior oferta de serviços não seria fator para a ampliação dos serviços odontológicos, mas também a percepção dos usuários das necessidades dos cuidados com a saúde bucal. Desta forma, sugerem-se políticas educativas a fim de ampliar o conhecimento dos indivíduos aos devidos cuidados preventivos.

A percepção dos usuários ao acolhimento dispensado em todo o processo de acolhida pelos profissionais podem assim gerar descontinuidade ou desistência das consultas ambulatoriais, Ramos & Lima (2003) evidenciam alguns fatores que devem ser entendidos para uma melhor e mais adequada promoção de atendimentos aos usuários, como por exemplo, compreender os meios de deslocamento utilizados pelos usuários, além do tempo despendido para as consultas. A procura por profissionais competentes que inspirem empatia e confiança no acolhimento aprimora o *marketing* entre os usuários por determinado profissional, superando assim as barreiras geográficas.

Ramos & Lima (2003), ainda trazem alguns fatores que melhoram consideravelmente a qualidade dos serviços de saúde, como respeito ao paciente, boa recepção, atendimento humanizado, pontualidade e desempenho profissional satisfatório. Tais fatores reportam ao cuidado no acolhimento do paciente que, por vezes já fragilizado pelo problema, busca um lenitivo para a sua dor.

A percepção da qualidade dos serviços ofertados na saúde se faz notória e cada vez mais comum, conceitos como experiência do paciente se traduzem em indicadores na busca de melhor acolhimento do paciente e não somente sua cura. Em um estudo realizado em uma Faculdade de Odontologia, no Peru, Rodriguez (2017) relata que os avanços da tecnologia estão influenciando em uma melhor atenção odontológica no país. O autor divide a qualidade percebida pelos pacientes entre Subjetiva (cortesia, empatia, capacidade de resposta e competência profissional), e Objetivas - que compreendem aspectos mais tangíveis do atendimento (estado de conservação e limpeza dos consultórios, uniformes dos profissionais e pontualidade nas consultas). Demonstra, ainda, que saber o que os pacientes esperam de um atendimento odontológico e suas necessidades individuais aprimoram a qualidade dos serviços e estas ações devem ser ensinadas na formação acadêmica do profissional.

A fim de compreender a expectativa do usuário frente aos complexos contextos em que os hospitais estão inseridos para uma adequada e concorrente promoção de saúde, vale-se da ciência e da pesquisa para aprimorar modelos de atendimentos que, de maneira

humanizada, transmitam a verdadeira razão de ser das organizações de saúde. Em pesquisa realizada sobre a satisfação dos usuários em serviços públicos odontológicos, Moimaz et al. (2017) demonstram que os índices de satisfação dos usuários estão diretamente ligados à proximidade dos mesmos em relação à Unidade Básica de Saúde acolhedora. Tais fatores se dão pela comodidade de horário de atendimento, tempo de espera para agendamento e/ou aguardado para atendimento, e conseguir sair do local com um agendamento.

## 2.2 ABSENTEÍSMO EM CONSULTAS

Diversos empecilhos levam o usuário a não comparecer a uma consulta previamente agendada. O que talvez não seja perceptível são os transtornos que sua ausência causa à administração e ao seu próprio tratamento. O conhecimento dos principais motivos do não comparecimento dos usuários às consultas previamente agendadas poderá fornecer dados para planejar e executar ações de melhoria para cada especialidade, utilizando tais informações como elemento de gestão para redução da perda dos recursos públicos.

Ao estudarem os motivos de absenteísmo em consultas odontológicas, Gonçalves et al. (2015) dividiram as causas em três categorias: relativas aos indivíduos; à prática da profissão; e à sociedade. Em relação à primeira categoria, os indivíduos, fatores como baixa percepção da necessidade, ansiedade e medo, custos, e dificuldade de acesso, foram apontados como relevantes. Em relação à causa da prática da profissão, podem ser citadas a inadequação dos recursos humanos, a distribuição geográfica desigual, a formação inapropriada às novas necessidades e demandas da população, e a sensibilidade insuficiente para as necessidades do paciente. Por fim, em relação à sociedade, foram citados o número insuficiente de ações de promoção de saúde, as instalações impróprias dos serviços, e o reduzido auxílio financeiro à pesquisa.

Bittar et al. (2016) defendem a importância da identificação das causas das faltas dos usuários e extensão das consequências desse fenômeno, para que essas informações sirvam de ferramenta ao gestor na tomada de decisões mais assertivas, que por sua vez levem à correção, ou ao menos redução dos impactos econômicos e as filas de espera.

Ao focar a atenção e os cuidados nos usuários, assim como na qualidade dos serviços prestados, alinhando a padronização dos processos com a adequação das estruturas físicas e as condutas profissionais, Bittar et al. (2016) acreditam ser possível e viável um aperfeiçoamento e humanização dos atendimentos. Os autores defendem ainda a existência de um cadastro bem feito e completo do usuário, facilitando a comunicação por diversos meios, como telefonemas,

alertas SMS (*Short Message Service*), mensagens eletrônicas de outras naturezas, redes sociais, dentre outros.

O desequilíbrio entre as percepções dos profissionais de saúde e as expectativas dos usuários criam relativas distâncias na relação entre ambos, fragmentando toda a estratégia de funcionamento do sistema de saúde. Viegas et al. (2015) trazem em sua pesquisa os diferentes fatores de influência no acesso aos serviços de saúde, bem como a relação entre eles. Ao serem entrevistados pelos autores sobre o acesso ao agendamento das consultas dos usuários, os gestores e profissionais assistenciais ressaltaram que existia liberdade por parte desses usuários na marcação. Entretanto, depoimentos colhidos dos usuários demonstraram que o acesso é regulado em curtos períodos de marcação, e que assim se fazia para controlar os absenteísmos ambulatoriais, diminuindo o tempo entre a marcação e a própria consulta, logo, evitando que o usuário a esqueça. A pesquisa ainda trouxe discordâncias, como aquelas observadas entre o acesso em relação ao acolhimento. Alguns profissionais relataram que, ao facilitar demasiadamente o acesso dos usuários às consultas, os mesmos acabariam utilizando desnecessariamente os serviços. Já os usuários, em relação às demandas frente às ofertas de serviços de saúde, mencionaram que os profissionais são pouco resolutivos em suas consultas, somado ao fato de que faltam especialistas (Viegas et al., 2015).

Com relação aos estudos sobre o tema absenteísmo laboral, Diemen et al. (2019) contemplam as principais causas desse absenteísmo nas Organizações Policiais Militares, evidenciando o prejuízo que tais faltas trazem às Organizações e à população em geral. A ausência dos policiais ao trabalho reduz o atendimento da demanda imposta pela sociedade, fragilizando a Segurança Pública, e ainda sobrecarregando os policiais que permaneceram em efetivo serviço. A conclusão dos autores foi que as principais causas do absenteísmo foram os transtornos mentais e comportamentais, que por sua vez poderiam estar associados diretamente às características da atividade policial, já que estas incluem o risco de morte a todo o momento. Tais resultados serviram para alertar os gestores sobre a necessidade de traçar melhorias nas estratégias de prevenção e promoção de saúde destes usuários.

### 3 GESTÃO DE CUSTOS

Uma boa gestão de custos na saúde compreende ações a serem definidas com a gerência e controle dos meios e recursos técnicos, administrativos, metodológicos e funcionais, para gerar informações da produção de serviços de saúde sobre os custos envolvidos, a fim de fornecer subsídios à avaliação de desempenho, gerando-se assim os instrumentos de planejamento (Escrivão Junior, 2007).

Dessa forma, a gestão de custos na área hospitalar se torna uma ferramenta importante para produção de informações, permitindo que os gestores as utilizem nas tomadas de decisões de maneira assertiva, trazendo economia aos serviços ofertados. Kyne et al. (2002) descrevem em seu estudo a relação dos custos e do uso dos medicamentos por usuários internados. Os autores estimaram o tempo extra de internação e os custos extras atribuíveis a complicações infecciosas, visando o uso de determinado medicamento em detrimento de outro, visto que o tempo de internação dos usuários seria reduzido. Defenderam, ainda, o reajuste das cobranças, buscando adequá-las às estimativas de custos. Tal adequação se daria ao estimar os custos hospitalares diretamente, por meio de uma contabilidade de custos detalhada, o que é comparativamente mais difícil em relação a um sistema de apuração mais simplificado. Por fim, os autores concluíram que os resultados finais trariam economia financeira ou melhoria nos procedimentos internos no Hospital.

Os indicadores e informações de custos se fazem necessários a fim de atender as expectativas dos usuários, oferecendo um cuidado efetivo e humanizado, conforme o estudo de Escrivão Junior (2007), que analisou as informações dos índices hospitalares para a tomada de decisão. O autor entende que, apesar da grande quantidade de dados extraídos, muitos gestores desconhecem ou desconfiam dos dados coletados e, conseqüentemente, não os utilizam de forma adequada na gestão hospitalar.

Para que ocorra melhoria nos resultados, seria necessária a capacitação e conscientização dos gestores de saúde. Tal aprimoramento aumentaria o conhecimento dos gerentes de centros de custos acerca dos conceitos e sua aplicabilidade. Munhoz e Barros (2002), em estudo sobre o domínio de conceitos de custos hospitalares por gestores de saúde, entenderam que, apesar dos hospitais pesquisados trabalharem com metodologia de apuração de custos, grande parte dos gestores não teve um desempenho satisfatório, apresentando baixo conhecimento acerca dos conceitos elementares relacionados às finanças.

De igual forma, para Francisco e Castilho (2002), o profissional que estará envolvido na gerência da organização de saúde precisa buscar capacitação acerca de finanças

hospitalares, com o objetivo de alcançar o equilíbrio entre os custos, a quantidade e a qualidade do serviço.

Quanto à sua apuração, os custos podem ser diretos e indiretos. Custos diretos são todos os insumos utilizados para prover as atividades, levando em consideração o ambiente médico-hospitalar como, por exemplo, recursos humanos, instalações físicas, medicamentos, internações e diagnósticos. Incluídas no rol de insumos estão as ações complementares, como transporte, a dieta nutricional específica, a adaptação de ambiente domiciliar e os cuidadores.

Segundo Silva et al. (2016), existem dois métodos para a valoração dos custos: a abordagem de microcusteio e de macrocusteio. A abordagem de microcusteio é direcionada a uma amostra de usuários de maneira representativa e, por isso, recomenda-se que seja trabalhada com uma amostra grande, para que haja poder de extrapolação. Já o macrocusteio trabalha com dados agregados, que fornecem uma visão mais ampla. Neste caso, divide-se o custo agregado pelo número de usuários atendidos. De forma a ilustrar tal definição, suponha-se que o objetivo seja estimar os custos diretos de um tratamento ortodôntico durante um ano. É possível obter esta estimativa por macrocusteio, via coleta de dados em amostra de prontuários de usuários em um hospital. Alternativamente, pode-se utilizar a abordagem de macrocusteio, por meio de registros nacionais significativamente mais amplos, como os sistemas de informação hospitalar e/ou ambulatorial.

Ainda segundo Silva et al. (2016), os custos indiretos são aqueles relacionados à perda de produtividade no mercado de trabalho, tais como presenteísmo, absenteísmo e falecimento precoce. Podem-se valorar tais custos ao obter estimativas por intermédio dos métodos de capital humano, ou de fricção. O método de capital humano usa o salário como forma de estimar os custos de produtividade, ao se multiplicar o número de dias afastados das atividades laborais e habituais pelo valor do salário por dia. Já a abordagem de custos friccionais não leva em consideração o salário, mas os custos relacionados à substituição do paciente faltante, tais como custos de reagendamento para chamar outros usuários, sendo aqueles já em tratamento ou à procura da primeira consulta. A partir deste método, multiplica-se a quantidade de indivíduos que foram substituídos pelos custos *per capita* de reagendamento, custo da ligação telefônica, hora do capital humano utilizado, ou custo do aviso por telefone.

### 3.1 MÉTODOS DE CUSTEIO

Existem diversos métodos de custeio associados às atividades de saúde, sendo que para cada Organização de saúde se fazem presentes, particularmente, as ferramentas que

atendam a uma efetiva melhoria da gestão estratégica de custo. Entretanto, não se pode afirmar que determinado método é mais eficaz que outro, pois sua escolha depende das decisões tomadas pelos gestores de acordo com seus objetivos e os tipos de informações que se pretende obter. Com tais informações, os gestores podem decidir as ações a serem tomadas (Abbas et al., 2012).

### 3.1.1 Método do Custeio Baseado em Atividades (ABC)

O Método de Custeio Baseado em Atividades (ABC) é um dos mais utilizados para custeio, pois se baseia nos serviços e produtos que consomem atividades que, por sua vez, consomem os recursos. As atividades seriam ações que usam recursos humanos, materiais, financeiros e tecnológicos para a produção de bens ou serviços. Trata-se de uma cadeia de atividades inter-relacionadas, necessárias para a realização do processo (Bonacim & Araujo, 2010).

O Método ABC pode ser empregado na gestão de custos nos hospitais, devendo ser utilizado nos procedimentos médicos, tendo em vista que a sua mensuração permitirá a correspondente quantificação ao criar medidas homogêneas. Busca-se utilizar a linguagem usualmente empregada por profissionais da área médica, aumentando a compreensão acerca dos custos, conforme explicado por Campos & Marques (2013). Ainda com relação ao custo da atividade, sabe-se que esta requer o dimensionamento mais aprofundado dos processos e atividades geridos no âmbito organizacional, adicionando-se os fluxos de materiais e informações necessárias ao bom funcionamento, além de estrutura de registro, controle dos custos e despesas direcionadas aos centros de custos. Faz-se necessário o investimento em uma boa base de informação que constantemente alimente o sistema operacional com medidas de desempenho e variáveis, de maneiras apropriadas ao seu acompanhamento (Campos & Marques, 2013).

Conforme estudo conduzido por Aird (1996), que descreveu a introdução do Gerenciamento de Custos Baseados em Atividades em um hospital especializado em oncologia no Reino Unido, os métodos tradicionais de custeio podem ser até 100% imprecisos, pois não contemplam cuidados mais complexos, como quando é necessária a atuação de um especialista, superestimando os episódios de atendimentos frequentes e diretos, já que os custos ocorrem mesmo sem a presença do paciente no hospital.

Já as dificuldades enfrentadas pelo gestor em ambientes hospitalares, descritas por Beuren (2008), geram um alto custo de implementação e manutenção de um sistema de

custeio duplo (gerencial e financeiro/fiscal), além das dificuldades na identificação das atividades envolvidas em cada serviço, devido ao elevado número de procedimentos médicos.

### 3.1.2 Método de Absorção

Tal método, para Abbas et al. (2012), compreende todos os custos associados à produção (atividade fim do serviço), que compõem o custo do bem ou serviço, incluindo os custos diretos e indiretos que fazem parte do custo total do bem ou serviço. Já as despesas, por não fazerem parte do custo do bem ou dos serviços prestados, serão lançadas diretamente no resultado final apurado.

O Método por Absorção, apesar de ser mais simples, para que seja implementado em ambiente hospitalar, por juntar os custos diretos e indiretos, recebe críticas por ser arbitrário, relacionado ao critério de rateio, onde os custos fixos entram na base de custo independentemente da fabricação ou não daquela unidade, e acabam presentes no mesmo montante de custo.

Segundo Bonacim & Araujo (2011), o custeio hospitalar por Absorção é um dos mais utilizados nos hospitais do Brasil, até por estarem em consonância com os princípios contábeis. Pressupõe-se que as causas de custos ocorrem em função do volume de procedimentos produzidos, sendo os custos diretamente relacionados diretamente aos procedimentos dos profissionais de saúde, e os indiretos rateados conforme os centros de custo correspondentes ao seu departamento envolvido.

### 3.1.3 Método *Time-Driven Activity-Based Cost* (TDABC)

Consiste em um método simplificado de Custos Baseados em Atividades, todavia com o acréscimo do tempo, onde se eliminando a necessidade de pesquisas e entrevistas com os participantes diretos no processo, assim como a alocação dos custos e recursos envolvidos nas atividades, pois estes são atribuídos diretamente ao objeto de custo. Tal custo total é dividido pelo tempo que os empregados levam para executar suas atividades e, como resultado, obtém-se a taxa de custo da capacidade, utilizada para distribuir os custos dos recursos de cada departamento entre os objetos de custo (Kaplan & Anderson, 2007).

Conforme Kaplan (2014), que aplicou um projeto-piloto utilizando o método TDABC em 24 hospitais de referência norte-americanos, foram observados resultados significativos no tocante à redução de custos, por meio da medição e mapeamento dos ciclos completos de atendimentos, determinando o melhor custo real para as prestações de cuidados da saúde,

além de impactos no modelo de negócios da instituição, auxiliando os usuários a entender a percepção dos pagamentos dos serviços e a criação de valor para as organizações.

### 3.2 CUSTOS COM ABSENTEÍSMO

Por ser uma fonte de desperdício de recursos para a organização, e conhecê-los e mensurá-los deve fazer parte da estratégia dos administradores. Bittar et al. (2016) descrevem os prejuízos de ordem financeira e mercadológica gerados pelo absenteísmo, o que pode comprometer . Até a imagem da Instituição chega a ser comprometida, elevando os custos devido a ociosidade dos recursos não utilizados.

Além de ser considerado um problema antigo nas empresas, a ausência laboral é um desafio para os gestores, pois as Instituições estão inseridas em um mercado competitivo e em constante inovação melhorando constantemente os serviços ofertados e redução dos fatores que elevam os custos dos produtos ou serviços (Souza et al., 2015).

O absenteísmo em consultas cria uma lacuna nas atividades laborais e, com isso, pode-se associar a falta do paciente ao ócio do profissional na clínica de especialidades. Na mensuração do custo da hora não trabalhada, calculada de acordo com o proposto por Souza et al. (2015), o índice de absenteísmo deve auxiliar nas análises de inconstâncias e predisposições das horas perdidas de trabalho, sendo mensurado pela equação de horas perdidas em relação às horas trabalhadas, multiplicado por 100.

Sendo assim, este estudo trará o total de horas-consulta perdidas pelos usuários, ou seja, as horas-consulta ociosas do profissional de odontologia serão divididas pelas horas que deveriam ser cumpridas de trabalho efetivo, multiplicando-as por 100, chegando, por fim, ao índice de absenteísmo.

### 3.3 CUSTO DE PESSOAL

De acordo com Dutra (2017), custo de pessoal corresponde a todo o capital utilizado com pessoal, que pode ser associado à produção direta ou indiretamente em um determinado período. Assim, o custo em questão subdividiu-se em dois grupos consideráveis, sendo estes a mão-de-obra direta e a indireta. Então, conclui-se que existem outros custos classificáveis como custo de pessoal, mas que podem ser perfeitamente enquadrados como custo de mão-de-obra direta ou custo de mão-de-obra indireta, uma vez que ocorrem sempre em função destas (Dutra, 2017).

O custo de pessoal associado diretamente à atividade fim da organização constitui a mão-de-obra direta, ao tempo que a mão-de-obra indireta inclui os colaboradores que não



atuam em atividades ligadas diretamente associadas à geração de bens e/ou serviços produzidos pela empresa.

## 4 MÉTODO E TÉCNICA DE PESQUISA

Para a coleta de dados sobre as causas de absenteísmo no ambulatório de odontologia, objetivo geral desta pesquisa, foi aplicado um estudo retrospectivo, descritivo, analítico, com delineamento transversal, por meio da coleta de informações documentais. Para uma proposta da gestão da agenda, foram realizadas as oficinas de pesquisa-ação.

### 4.1 FASE 1

#### 4.1.1 Delineamento da pesquisa

A primeira metodologia aplicada foi de natureza descritiva e analítica (Casotti et al., 2014), visto que a coleta de dados ocorreu de forma secundária, sendo estes dados extraídos do Sistema Gestor, de marcação e gerenciamento hospitalar, no período compreendido entre setembro e dezembro de 2018, contabilizando 122 dias.

#### 4.1.2 Local de estudo

O estudo foi efetuado em Hospital Militar público de Administração Direta, localizado na cidade de São Paulo - SP, Brasil. Localiza-se próximo ao quadrilátero de maior referência em saúde do Brasil e tem, como público-alvo, aproximadamente 44 mil usuários. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 37, cita as formas de administração direta e indireta de instituições de saúde, sendo a direta sob gestão dos três poderes - o Executivo, o Legislativo e o Judiciário.

A Divisão Odontológica do Hospital destaca-se por funcionar em três turnos de atendimento e conta com a oferta de 58 oficiais militares específicos do departamento de odontologia, sendo 3 graduados técnico-operacionais, que atuam no suporte de acolhimento e gerência de suprimentos e insumos. Os atendimentos compreendem 13 especialidades, sendo elas: dentística, endodontia, ortodontia, prótese dental móvel, radiologia oral, cirurgia buco-maxilo-facial, pacientes especiais, periodontia, triagem odontológica, disfunção temporomandibular (DTM), implantodontia, odonto-pediatria e prótese dental fixa, todas distribuídas entre os 27 consultórios disponíveis, além de um laboratório de prótese.

O sistema de marcação de consultas não está em suas dependências, mas no setor do Serviço de Atendimento Médico e Estatística (SAME), onde ficam disponíveis, a cada começo de turno dos profissionais, a listagem dos atendimentos a serem realizados, juntamente com os prontuários dos pacientes.

#### 4.1.3 Participantes

Para a fase 1 da coleta das causas de absenteísmo, participaram deste estudo usuários que agendaram previamente as consultas ou exames odontológicos, e que não compareceram na referida data, conforme relação de faltosos apontada pelo sistema informatizado, demonstrado na Figura 2.

O acesso aos dados dos usuários faltosos foi realizado pelo sistema de marcação de consultas do SAME. Essa lista trouxe informações relacionadas à data, idade, sexo, categoria, e clínica, relacionando o motivo da falta às consultas pré-agendadas. Não foram incluídos na amostra inicial os usuários que não estavam com o seu contato telefônico atualizado, ou que por algum motivo não aceitaram participar da pesquisa ou não tiveram suas causas de ausências justificadas.

#### 4.1.4 Cálculo amostral

A amostra foi constituída por um número mínimo de 245 participantes atendidos no período de setembro a dezembro de 2018. O cálculo amostral foi realizado por proporção, considerando os seguintes parâmetros: prevalência da condição estudada ( $p$ ); proporção de indivíduos não faltantes ( $1 - p$ ); proporção de indivíduos faltantes ( $d$ ); nível de confiança ( $1 - \alpha$ ) - Sem valor ( $z$ ). Foi utilizada uma fórmula considerando: precisão admissível = 5%; grau de confiança = 95%; valor real < 20%, proporção populacional total ( $p$ ) = 20%; nível de confiança ( $1 - \alpha$ ) = 95% é igual a 1,96; e precisão ( $d = 15\% - 25\%$ ). As fórmulas são apresentadas a seguir:

$$N = \frac{(\text{nível de confiança})^2 \times (p) \times (1 - p)}{(d) \times (d)}$$

$$N = \frac{(1,96) \times (1,96) \times (0,2) \times (1-0,2)}{(0,05) \times (0,05)} \approx 245 \text{ faltantes}$$

Nesta pesquisa foi considerado um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5%. Após a coleta de dados, estes foram empregados para avaliação dos parâmetros coletados junto ao Sistema Gestor.

#### 4.1.5 Procedimentos para a coleta de dados

Foi solicitada a autorização prévia da chefia do SAME e da Divisão de Ensino e Pesquisa da Instituição, juntamente com o Termo de Consentimento do Diretor do Hospital para a execução desta pesquisa (Anexo 1).

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Nove de Julho, sob o protocolo CAAE número 14970919.3.0000.55. Como o estudo não envolveu nenhuma abordagem ao paciente, não se aplica a exigência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), exigido em pesquisas que envolvam indivíduos, grupos ou seus representantes legais, e que deverão manifestar a sua anuência em participar da pesquisa (Resolução nº 510, 2016). Após avaliação, a execução do projeto foi autorizada pelo CEP conforme parecer consubstanciado número 065930 de 2019.

Etapa 1: Lista de seleção coletada no Sistema Gestor. Esta traz informações como sexo, clínica agendada, idade, grau de dependência, motivo da falta, dia e horário, conforme cópia das telas apresentada a seguir (Figuras 1 e 2).

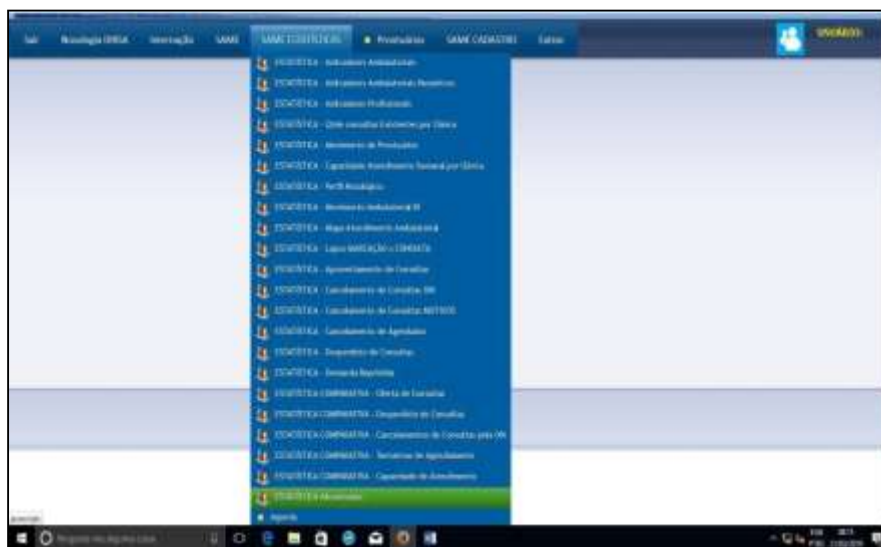


Figura 1 – Lista de seleção coletada no Gestor de Informações (passo 1).  
Fonte: Dados coletados pelo autor.

Figura 2 – Lista de seleção coletada no Gestor de Informações (passo 2).

Fonte: Dados coletados pelo autor.

Etapa 2: Após selecionados os pacientes faltosos, foram identificadas as clínicas e serviços odontológicos, incluindo o motivo das faltas (Figura 3).

Figura 3 – Seleção das clínicas e serviços odontológicos.

Fonte: Dados coletados pelo autor.

A coleta de dados ocorreu de setembro a dezembro de 2018. Este período é justificado pela taxa de absenteísmo identificada na listagem prévia, disponibilizada pelo Sistema Gestor. Este foi um período de conveniência devido à facilidade de coleta e disposição de dados no Sistema, considerando que todos os dados foram retirados da mesma plataforma e, ainda, por se tratar do período de coleta com o maior número de informações disponíveis para extração.

Participou pelo menos um profissional de cada especialidade e todos demonstraram-se preocupados com o absenteísmo e suas consequências para a continuidade do tratamento do paciente.

## 4.2 FASE 2

### 4.2.1 Delineamento da pesquisa

Já a segunda metodologia empregada foi a “investigação-ação”, na qual se utilizam técnicas consagradas de pesquisa para informar a ação que se pretende tomar, a fim de melhorar determinado processo na prática (Tripp, 2005). Tal metodologia “é um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo que aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. Planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança para a melhora da prática, aprendendo mais, no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação” (Tripp, 2005, p. 445). O ciclo metodológico da pesquisa-ação pode ser observado na Figura 4.

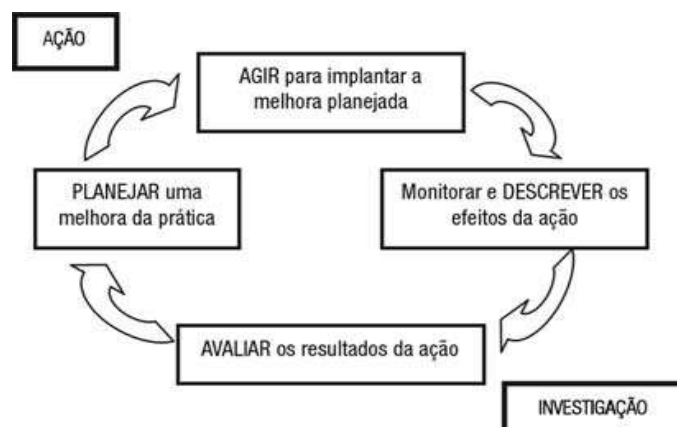


Figura 4 - Ciclo do método de pesquisa-ação.  
Fonte: Tripp (2005, p. 446).

Pode-se considerar esse ciclo de melhora contínua na solução de problemas, visto que este é capaz de identificar problemas, propondo o monitoramento e a avaliação de sua eficácia que, por sua vez, também fazem parte desta proposta de gestão. A pesquisa e ação podem e devem caminhar juntas quando se pretende transformar a prática. No entanto, a direção, o significado e a intencionalidade dessa transformação devem ser o eixo da caracterização da abordagem à pesquisa-ação. Alguns trabalhos nesta modalidade no Brasil trazem três diferentes concepções (Franco, 2005):

a) quando a busca por transformação é solicitada pelo grupo de referência para a equipe de pesquisadores, a pesquisa tem sido classificada como pesquisa-ação colaborativa, na qual a função do pesquisador é fazer parte e tornar científico um processo de mudança previamente iniciado pelos membros do grupo;

b) se a transformação é percebida como necessária após o trabalho inicial do pesquisador do grupo, seguindo um processo que enfatiza o cognitivo, a construção de experiência, apoiada por reflexão crítica coletiva com vistas à emancipação dos sujeitos das condições consideradas pelo coletivo como opressivo, o estudo assume o caráter de ser crítico e, então, a descrição de pesquisa de ação crítica tem sido utilizada;

c) se, ao contrário, a transformação é planejada de antemão sem a participação dos sujeitos, e somente o pesquisador acompanha seus efeitos e avalia seus resultados, a pesquisa perde a condição de ser uma pesquisa de ação crítica, e pode então receber o rótulo de pesquisa de ação estratégica.

#### 4.2.2 Local de estudo

O campo de estudo foi o mesmo utilizado na FASE 1.

#### 4.2.3 Participantes

Para a fase 2, como tratava-se de uma pesquisa-ação, foram convidados os 58 profissionais da área odontológica, sendo 03 graduados direcionados ao acolhimento e gerenciamento dos insumos, previamente aqui citados, e os 08 funcionários administrativos associados diretamente ao sistema de marcação de consultas, de forma aleatória. O estudo, por ser uma pesquisa-ação, não necessita de uma amostra representativa. Portanto participaram 13 profissionais, um de cada especialidade, a fim de obter elementos que englobassem os diferentes cenários, conforme a Figura 17.

#### 4.2.4 Cálculo amostral dos profissionais que participaram das oficinas de pesquisa-ação

Esse cálculo não foi aplicado, visto que a metodologia pesquisa-ação não requer esta ação.

#### 4.2.5 Procedimento de coleta de dados

Para identificar quais estratégias de enfrentamento ao absentismo de pacientes no ambulatório de odontologia poderiam ser implementadas, contou-se com o apoio dos profissionais do próprio Serviço, por meio de oficinas de pesquisa-ação.

Foram promovidas duas oficinas para as quais foram convidados pelo menos um profissional de cada especialidade envolvida diretamente com os usuários (13 integrantes dos atendimentos odontológicos, diretamente relacionados à marcação de consultas e exames odontológicos). Um dos encontros foi utilizado para levantar a problematização dos dados coletados sobre as causas de absenteísmo, além da elaboração da estratégia de enfrentamento deste problema. A outra reunião, realizada após três meses, buscou avaliar os resultados da sua implementação e levantar as possíveis estratégias a serem tomadas para minimizar o problema.

Na primeira oficina, foi utilizada a tipologia da ação de pesquisa diagnóstica.

Conforme Adelman (1993), estes estudos são orientados por um conjunto de valores tais como a construção de relações democráticas, a participação de sujeitos, o reconhecimento do indivíduo, a cultura e direitos étnicos das minorias, a tolerância de opiniões divergentes, e também a suposição de que os sujeitos mudam mais facilmente quando conduzidos por decisões do grupo. As pesquisas de Adelman (1993) mudaram em paralelo os estudos sobre a dinâmica e funcionamento dos grupos, sua maneira de trabalhar com pesquisa-ação visava compreender o grande avanço das empresas envolvidas com desenvolvimento organizacional.

O objetivo dessa oficina foi apresentar os dados obtidos na fase 1, ou seja, quais as causas do absenteísmo dos usuários, entendendo a percepção dos profissionais participantes sobre os dados obtidos. Essa percepção ocorreu por meio da resposta a um questionário com apenas uma pergunta aberta: qual a sua opinião sobre qual(is) o(s) motivo(s) das faltas dos pacientes às consultas odontológicas e qual(is) estratégias de enfrentamento pode-se propor?

Em busca de conhecer o perfil dos profissionais participantes da pesquisa-ação, foi aplicado um questionário solicitando informações como a especialidade, idade, ano de conclusão do curso de Odontologia, último grau de qualificação e tempo de atuação na área. Buscou-se, ainda, identificar quais estratégias poderiam ser implementadas, em busca da gestão da agenda, no sentido de alcançar os objetivos específicos propostos neste projeto. Na segunda oficina, as equipes se reuniram para avaliação das estratégias propostas no primeiro encontro. Essa avaliação ocorreu com uma nova coleta de dados relacionados aos indicadores de absenteísmo.

#### 4.2.3.1 Fluxograma de oficinas de pesquisa-ação



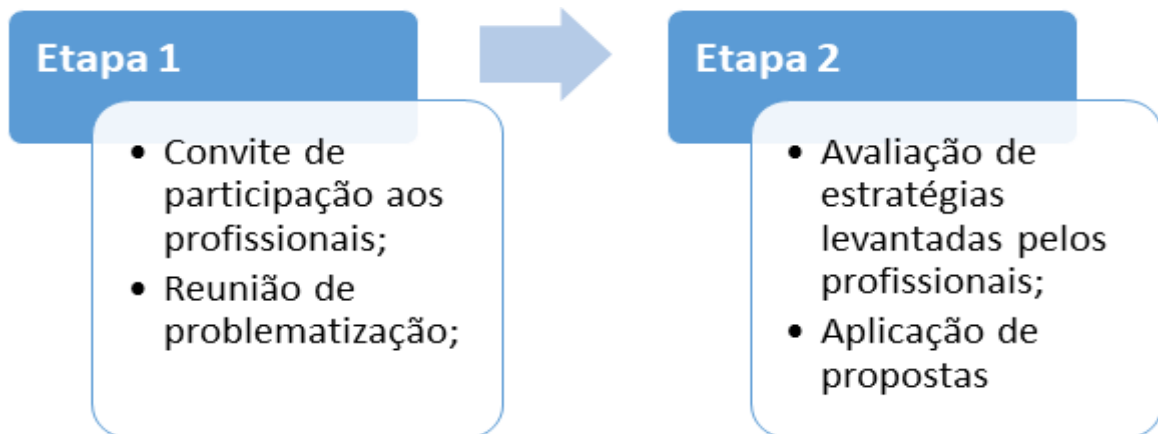


Figura 5 – Fluxograma de oficinas de pesquisa-ação.  
Fonte: Elaborado pelo autor.

A primeira oficina apresentou os dados coletados e relacionados às causas do absenteísmo e ocorreu na primeira quinzena de agosto de 2019. A implementação das propostas identificadas na primeira oficina foi conduzida em setembro de 2019, com a avaliação da gestão da agenda em outubro de 2019, comparando se houve melhorias em relação ao absenteísmo no mês vigente, tomando por base o mesmo período no ano de 2018. Todos os profissionais mencionaram que uma das estratégias a serem adotadas para minimizar o absenteísmo seria a prévia confirmação da consulta agendada, a fim de otimizar a agenda e priorizando os pacientes já em tratamento ou possuidores de enfermidades graves ou necessidades específicas de locomoção. Foi implementado um canal telefônico para cancelamento de consultas agendadas, incentivando o usuário a não estar sujeito a mesma demanda de espera do *call center*. Espera-se que a partir de uma boa difusão do canal telefônico de desmarcação, a gestão das agendas se torne mais eficaz.

Para fazer o cálculo do absenteísmo foi considerada a falta do colaborador, visto que, uma vez que o usuário não comparece à consulta, o colaborador fica “parado” sem atender, e este período ocioso pode ser comparado a uma ausência laboral. O índice de absenteísmo foi calculado a partir da seguinte fórmula proposta por Marras (2017):

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \text{Dias de Ausência} \times 100 / \text{Efetivo médio} \times \text{Quantidade de dias}$$

$$\text{Ou Horas Perdidas} \times 100 / \text{Horas trabalhadas}$$

Seguem os passos utilizados para o cálculo apresentado:

#### Passo 1: cálculo de tempo efetivamente trabalhado

Para calcular o número de horas que seus colaboradores deveriam trabalhar na empresa por mês, basta multiplicar o número de horas da jornada de trabalho de uma pessoa por dia (por exemplo, 8 horas), pelo número de dias trabalhados no mês (por exemplo, 5 dias na semana, 20 dias no mês) e pelo número de colaboradores que têm a mesma jornada de trabalho (por exemplo, 10 pessoas): 8 horas de trabalho diárias x 20 dias x 10 colaboradores = 1.600 horas planejadas de trabalho por mês.

#### Passo 2: cálculo do tempo de ausência

Para que o cálculo de horas de ausência fosse feito corretamente, foi considerado o tempo médio de agendamento de cada consulta. Foram transformadas as horas (minutos convertidos em horas) de ausência do paciente, da seguinte maneira: se 8 pacientes faltaram, sendo 1h cada consulta dessa especialidade, será computado:

8 colaboradores x 1 hora por consulta = 8 horas de faltas. Para este projeto, foi elaborada uma média de horas por consultas, devido a uma mesma especialidade poder demandar diferentes tempos de consultas.

#### Passo 3: cálculo do absenteísmo

Para realizar o cálculo do absenteísmo final, o número de horas de ausência foi dividido pelo número de horas que deveriam ter sido trabalhadas no mês, multiplicando-os por 100; 84 horas de ausência ÷ 1600 horas de trabalho x 100 = 5,25% de taxa de absenteísmo do mês em questão. Considerando as 30 horas semanais dos trabalhadores durante vinte e um dias trabalhados, observa-se que é um cálculo médio das horas prestadas pelos militares, pois estes estão envolvidos em outras atividades em um período por vezes superior a 24 horas por dia, ou seja à disposição do Hospital para pronto atendimento.

### 4.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Para responder à questão de pesquisa quanto às causas do absenteísmo, os dados foram tabulados e compilados no *software* IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) *version Statistics 22*, e transformados em gráficos e tabelas.

Para estudar as causas de enfrentamento, foi realizado um relatório com um compilado listando as ações a serem executadas após a primeira oficina. No mês de outubro de 2019, foi feita uma nova coleta de absenteísmo de pacientes no período para verificar se as estratégias estariam favorecendo a redução de faltas. Para justificar a ação de implementação das estratégias, foi feita uma análise de custos por meio do custo de absorção sobre o desperdício dos recursos causado pela gestão deficiente da agenda.

## 5 RESULTADOS DA PESQUISA

### 5.1 FASE 1

Os principais resultados da Fase 1, período de setembro a dezembro de 2018, foram constatadas 269 faltas a consultas odontológicas com ausências justificadas. Com base nestes resultados, foram levantadas as causas do absenteísmo, representadas na Figura 6.

Motivo Da Falta	Count
Esquecimento	84
Não liberado pelo trabalho	51
Dificuldade de locomoção	39
Doença	35
Ligou para desmarcar	18
Consultas no mesmo horário	14
Não Faltou	14
Não precisava mais do atendime	8
Nao tinha com quem deixar cria	3
Cancelado pelo SAME	2
Não tinha com quem deixar cria	1
<b>Total Geral</b>	<b>269</b>

Figura 6 – Causas do absenteísmo - motivo.  
Fonte: Dados coletados pelo autor.

As causas do absenteísmo podem ser resumidas conforme representado na Figura 6: 31,23% de esquecimento da data ou horário da consulta; 18,96% que não puderam se ausentar de suas atividades laborais; 14,50% tiveram dificuldade de locomoção; 13,01% não compareceram por motivos de saúde; 6,69% ligaram desmarcando a consulta; 5,20% tiveram outras consultas no mesmo horário; 5,20% alegaram que não faltaram na referida consulta; 2,97% não precisavam mais do atendimento; 1,49% não compareceram à consulta por não ter com quem deixar os filhos; 0,74% tiveram a sua consulta desmarcada pelo SAME, e por isso não compareceram.

A pertinência de estudar as causas do absenteísmo é justificada pela porcentagem de ausências notadas no período avaliado, que atingiu 25% dos pacientes. Cabe demonstrar que, dos 5.378 usuários, 40% eram dependentes diretos, 30% eram militares em atividade, 13%

eram militares inativos, 7% eram dependentes diretos, 5% eram pensionistas, e outras classificações foram observadas em 5% dos usuários (Figura 7).

MOVIMENTO AMBULATORIAL	
<span>Exportação</span> <span>Conf. Gráficos</span> <span>Configuração</span> <span>Quebras</span> <span>Voltar</span>	
Categoria ▲	Count ↕
DEP. AMHC	2.144
MIL. ATIVA	1.625
MIL. INATIVO	681
DEP. AMH	355
MIL. RESERVA	296
PENSIONISTA	265
MATR. EMFA	9
MATR. AUTORIZADA	3
<b>Total Geral</b>	<b>5.378</b>

Figura 7 – Causas do absenteísmo - categoria.

Fonte: Dados coletados pelo autor.

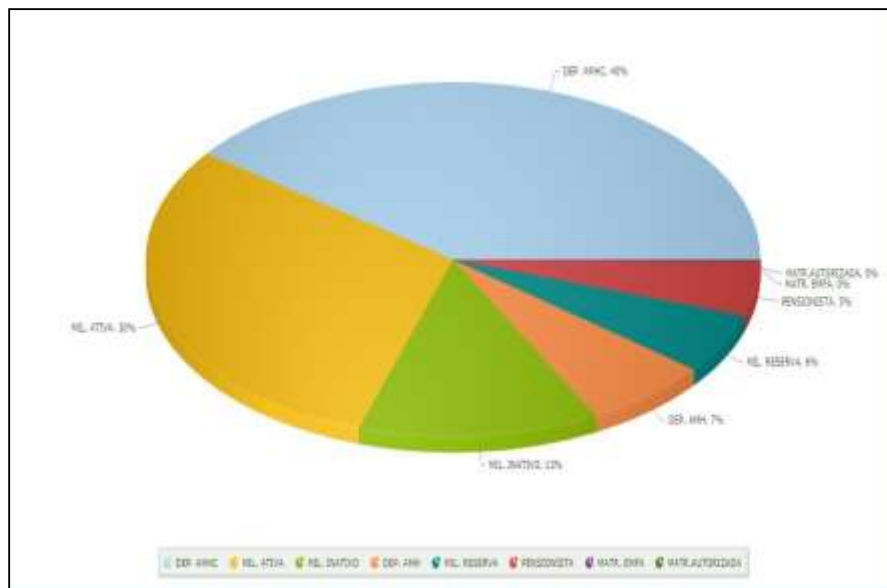


Figura 8 – Causas do absenteísmo - pizza.

Fonte: Dados coletados pelo autor.

A maioria dos usuários faltosos era do sexo feminino, correspondendo a 51,4% do total de ausentes, dados estes disponíveis na Figura 9.

Sexo	Count
F	2.763
M	2.615
Total Geral	5.378

Figura 9 – Distribuição por sexo.  
Fonte: Dados coletados pelo autor.

A idade dos usuários faltantes por motivo está representada na Figura 10.

Motivo Da Falta	A (De 0 a 14 anos)	B (De 15 a 21 anos)	C (De 22 a 30 anos)	D (De 31 a 40 anos)	E (De 41 a 50 anos)	F (De 51 a 60 anos)	G (Acima de 60 anos)	Total
Cancelado pelo SAME	1				1			2
Consultas no mesmo horário	1	2	7	1	3			14
Dificuldade de localização	3	2	16	9	6	3		39
Divergência	4	8	16	6	1			35
Esquecimento	5	7	45	12	6	2	3	83
Ligou para cancelar	4		5	4	2	2		18
Não tinha com quem deixar o(a) filho(a)	1		2					3
Não tinha	1	1		1				3
Não tinha			6		2		1	11
Não liberado pelo trabalho	2	4	26	9		1		42
Não precisava mais do atendimento	2	2	2	2				8
Não tinha com quem deixar o(a) filho(a)			1					1
Total Geral	26	24	123	42	24	8	4	248

Figura 10 – Distribuição por idade.  
Fonte: Dados coletados pelo autor.

O motivo das faltas, por sexo, é apresentado na Figura 11.

MOVIMENTO AMBULATORIAL <span style="float: right;">Motivo Da Falta Conteúdo não vazio</span>			
<span>Exportação</span> <span>Conf. Gráficos</span> <span>Configuração</span> <span>Quebras</span> <span>Voltar</span>			
Motivo Da Falta ▲	F Count <small>1/1</small>	M Count <small>1/1</small>	Total Count <small>1/1</small>
Cancelado pelo SAME	2		2
Consultas no mesmo horário	6	8	14
Dificuldade de locomoção	25	14	39
Doença	20	15	35
Esquecimento	48	36	84
Ligou para desmarcar	14	4	18
Nao tinha com quem deixar cria	2	1	3
Não Faltou	8		8
Não faltou		6	6
Não liberado pelo trabalho	23	28	51
Não precisava mais do atendime	3	5	8
Não tinha com quem deixar cria	1		1
<b>Total Geral</b>	<b>152</b>	<b>117</b>	<b>269</b>

Figura 11 – Motivo da falta.  
Fonte: Dados coletados pelo autor.

Os motivos das faltas entre mulheres são apresentados na Figura 12.

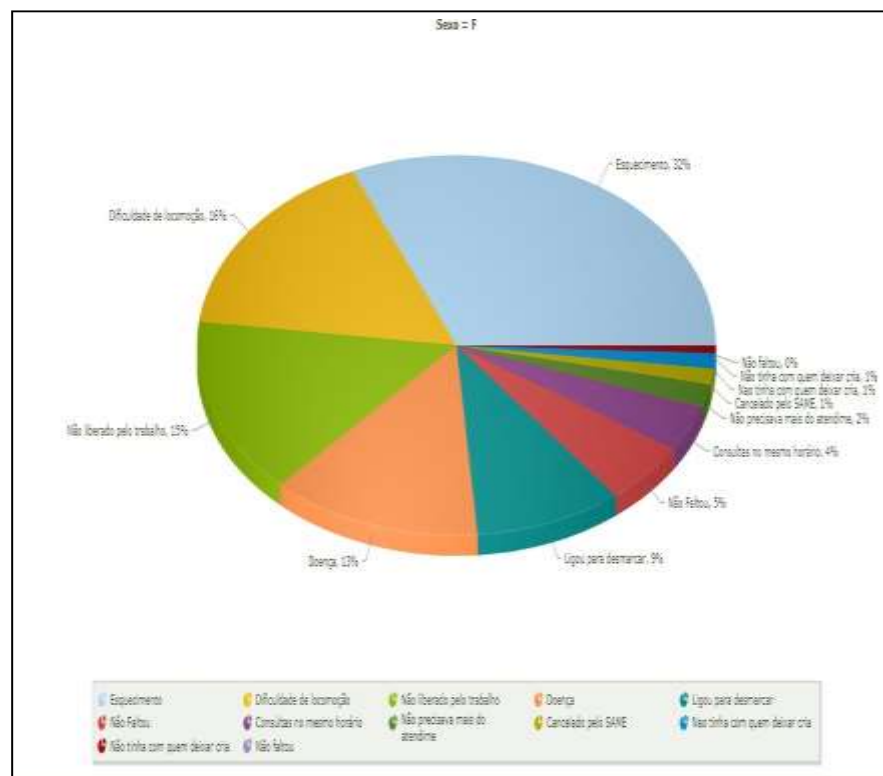


Figura 12 – Motivo da falta entre mulheres.  
Fonte: Dados coletados pelo autor.

Já os motivos das faltas entre os homens são apresentados na Figura 13.

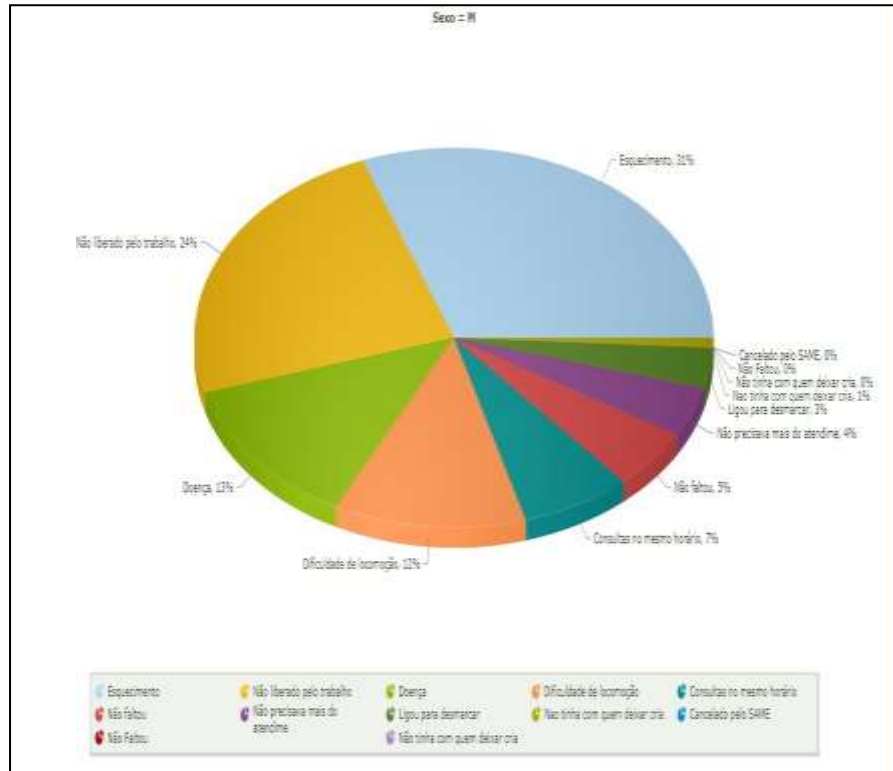


Figura 13 – Motivo da falta entre homens.  
 Fonte: Dados coletados pelo autor.

As categorias das faltas são apresentadas na Figura 14.

MOVIMENTO AMBULATORIAL									
Método de Falta Controlado não usado									
Clínica	DER. AMH	DER. AMHC	MATR. EMFA	MATR. AUTORIZADA	MIL. ATNA	MIL. INATNA	MIL. RESERVA	PENSIONISTA	Total
	Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count
Clínica Bucal-Max-Facial	1	2			8	2			13
Dentística	5	56			27	4	1	2	55
DTM		3			1		1		5
Endodontia		11			15	2	1		29
Implantodontia		9			5				14
Odonto - Triagem		4	1		9				14
Odontopediatria		10			1				16
Ortodontia	7	22		1	13	1	1		45
Periodontia	1	11			6	5	1		24
Protese Dental Fixa	3	7			11	1	1	3	26
Protese Dental Móvel		2				1		2	5
Radiologia Geral	3	7			9	2		2	21
Total Geral	20	109	1	1	105	18	6	9	269

Figura 14 – Faltosos por categoria clínica - mapa.  
 Fonte: Dados coletados pelo autor.



As clínicas mais afetadas com o absenteísmo dos usuários são: Dentística (20,45%); Ortodontia (16,73%); Endodontia (10,78%); Prótese Dental Fixa (9,67%); Periodontia (8,92%); Radiologia Oral (8,55%); Odontopediatria (5,95%); Implantodontia (5,20%); Odontologia-triagem (5,20%); Cirurgia Buco-Max-Facial (4,83%); DTM (1,86%) e Prótese Dental Móvel (1,86%).

A distribuição das faltas por categoria clínica é apresentada na Figura 15.

MOVIMENTO AMBULATORIAL		Motivo Da Falta Conteúdo não vazio
<span>Exportação</span> <span>Conf. Gráficos</span> <span>Configuração</span> <span>Quebras</span> <span>Voltar</span>		
Clinica ▲	Link	Count ↕
DENTISTICA		55
ORTODONTIA		45
ENDODONTIA		29
PROTESE DENTAL FIXA		26
PERIODONTIA		24
RADIOLOGIA ORAL		23
ODONTOPEDIATRIA		16
IMPLANTODONTIA		14
ODONTO - TRIAGEM		14
CIR BUCO-MAX-FACIAL		13
DTM		5
PROTESE DENTAL MOVEL		5
<b>Total Geral</b>		<b>269</b>

Figura 15 – Faltosos por categoria clínica - especialidades.  
Fonte: Dados coletados pelo autor.

A distribuição da ocupação dos faltosos é apresentada na Figura 16.

MOVIMENTO AMBULATORIAL		Motivo Da Falta Conteúdo não vazio
<span>Exportação</span> <span>Conf. Gráficos</span> <span>Configuração</span> <span>Quebras</span> <span>Voltar</span>		
Categoria ▲	Count	
DEP. AMHC	109	
MIL. ATIVA	105	
DEP. AMH	20	
MIL. INATIVO	18	
PENSIONISTA	9	
MIL. RESERVA	6	
MATR. EMFA	1	
MATR.AUTORIZADA	1	
<b>Total Geral</b>	<b>269</b>	

Figura 16 – Faltosos por categoria clínica.  
Fonte: Dados coletados pelo autor.

## 5.2 FASE 2

### 5.2.1 Cálculo de tempo efetivamente trabalhado (Tet)

Foram levantados para os cálculos que os profissionais de odontologia cumprem 30 horas semanais e considerados 21 dias trabalhados durante o mês, sendo 58 profissionais.

$Tet = 6h/t \times 21 \text{ dias} \times 58 \text{ profissionais} = 7.308 \text{ horas trabalhadas por mês.}$

O período de estudo contempla 4 meses, compreendendo setembro, outubro, novembro e dezembro de 2018, então multiplica-se o valor acima de efetivo trabalho por 4, no total de **29.232 horas a serem trabalhadas no período.**

### 5.2.2 Cálculo médio de tempo de ausência (Cta)

Foi estabelecida a média nos tempos de consultas (15'; 20'; 30'; 40'; 50'; 60'; 90') em média de 44 minutos ou 0,73 hora para cada consulta. O total de faltas nos 122 dias foi de 1.120.

$Cta = 1.120 \times 0,73 = \mathbf{817,60 \text{ horas ociosas no período}}$

### 5.2.3 Cálculo médio do Absenteísmo (Cma)

Dividindo o número de faltas do período estudado por 4, tem-se a média de 287 faltas/mês. Sendo essa mesma média multiplicada pelo valor médio de cada consulta, chegou-se ao resultado de 209,51 horas/mês de ociosidade.

$Cma = \text{Tempo ocioso/horas efetivamente trabalhadas} \times 100$

Cma 204,40 / 7.308 x 100 ; logo: Cma é de **2,80% ao mês**.

#### 5.2.4 Custo de Pessoal

Para justificar a ação das possíveis estratégias, foi feita uma análise de custo de pessoal relacionada ao desperdício dos recursos pela falta de gestão da agenda.

Portanto, foi realizado o cálculo do absenteísmo *versus* o custo de pessoal. Não foram necessárias fórmulas complexas para comprovar que o absenteísmo prejudica as organizações, pois a ausência, seja de um usuário ou colaborador, atrapalha a continuidade da assistência e a prestação dos atendimentos, além de sobrecarregar o serviço e diminuir a eficiência da organização como um todo.

A taxa de absenteísmo foi multiplicada pelo valor da soma salarial mensal em reais (R\$) dos profissionais que estariam atendendo o paciente em questão.

O desperdício mensal com o profissional, advindo da soma mensal de todos os soldos dos profissionais, e multiplicado pelo custo médio do absenteísmo de 2,80%, chega-se ao desperdício médio mensal de R\$ 13.327,47.

Cálculo dos Custos de Pessoal de Odontologia					
Categoria	Quantidade	Soldos (R\$)	Tempo mensal 30h semanais	Homem-hora (R\$)	Soma dos soldos (R\$)
TC	1	11,250.00	120	93.75	11,250.00
MAJ	2	11,088.00	120	92.40	22,176.00
CAP	3	9,135.00	120	76.13	27,405.00
1T	34	8,245.00	120	68.71	280,330.00
2 T	18	7,490.00	120	62.42	134,820.00
TOTAL	58				R\$ 475,981.00
			Média Salarial Ponderada mensal		R\$ 8,206.57
			Valor Médio Homem-hora		R\$ 68.39
			Taxa de absenteísmo mensal	2.80%	
			Horas ociosas no período	817,6	
			Desperdício mensal médio /pessoal	R\$ 13,327.47	
			Duração média da consulta	0,73h	

Fonte: Tabela elaborada pelo autor

Foram ouvidos 13 profissionais da área de odontologia, um por especialidade, com média de idade de  $36 \pm 4$  anos. A amostra foi constituída por profissionais que exerciam diversas especialidades, como ortodontia, endodontia, periodontia, implantodontia, prótese fixa, dentística, odontopediatria, odontologia de pacientes especiais, radiologia oral, cirurgia buco-maxilo, clínica geral odontológica, e prótese móvel e fixa. A mediana do ano de

conclusão do curso de odontologia foi 2007, sendo o ano mínimo 1995 e o máximo 2012. Do total, 4 indivíduos eram especialistas (33%), 3 eram mestres (25%), e 5 haviam concluído o doutoramento (42%). A mediana do tempo de formação foi de 11 anos, com mínimo de 4 e máximo de 22 anos.

O índice médio de absenteísmo foi de 2,80% ao mês. Já que foi considerado o tempo de ausência de 1.120 ausentes durante 122 dias, conforme o cálculo anterior do item 4.2.4.3.1.

Os comentários destes profissionais em relação aos motivos das faltas dos pacientes, incluindo as possíveis medidas a serem tomadas, foram compilados na Figura 17.

Motivo	Medida a ser tomada
Esquecimento	Confirmação anterior e lembrete às vésperas
Esquecimento / motivos pessoais	Lembrete, telefonema de confirmação
Esquecimento / período muito anterior à consulta	Aviso SMS, Whatsapp
Esquecimento	Lembrete SMS
Idade avançada dos paciente, tem esquecimento, problemas de saúde que impedem e ou o laboratório não envia o material	Ligação ou aviso por mensagem dia antes
Esquecimento	confirmando horário
Questões climáticas / paciente com dor, faltam menos. Retornos preventivos faltam mais.	
Esquecimento	Aviso ao paciente próximo da data
Esquecimento/ trânsito / condições climáticas	Aviso prévio das consultas
Esquecimento / medo de cirurgia	Lembrete antes
Esquecimento / comodismo de marcação	Envio prévio de mensagens
Esquecimento / paciente idade muito avançada	Ligação prévia

Figura 17: Comentários desses profissionais em relação aos motivos das faltas dos pacientes.

Fonte: Dados coletados pelo autor.

## 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na maioria dos casos, as empresas estão sob constante pressão com vistas a aumentar sua lucratividade por meio do aumento das receitas, gerenciando as despesas e melhorando a produtividade. No passado, as empresas, incluindo as instituições de saúde, investiram um esforço considerável no controle dos custos de assistência médica, como um meio de gerenciar despesas. Muitas organizações implementaram programas de gestão de saúde em um esforço proativo para manter uma força de trabalho saudável e reduzir os gastos com assistência médica. No entanto, o interesse do empregador estendeu-se além do impacto de programas em despesas médicas para o vínculo entre saúde e produtividade (Serxner et al., 2001).

Os custos do absenteísmo direto e indireto continuam sendo uma preocupação significativa para os gestores. Os custos diretos estão relacionados à falta em si, enquanto os custos indiretos podem incluir a movimentação de outros profissionais administrativos para ajudarem no processo, como na extração de prontuários, tempo extra de supervisão para reorganizar horários, causando assim um aumento de demanda de trabalho em determinados setores sem acréscimo na remuneração dos trabalhadores, causando menor produtividade entre os trabalhadores que precisam cobrir o empregados ausentes (Serxner et al., 2001), além de elevar os custos associados aos recursos disponíveis na Instituição, que poderiam ser direcionados a outras atividades, ou ao atendimento de outros pacientes que necessitem do atendimento, até mesmo com maior urgência.

Tão importante quanto o absenteísmo dos colaboradores é o absenteísmo dos pacientes às consultadas agendadas, tanto médicas quanto de outras especialidades, incluindo as consultas odontológicas. De acordo com Gonçalves et al. (2015), na percepção dos profissionais de odontologia, dentre os motivos que levaram a não realização das consultas previamente agendadas, somente cerca de 6% dos pacientes haviam esquecido a data ou a hora da consulta, enquanto na Instituição estudada neste projeto, este número corresponde a 31,23% das faltas, ressaltando a importância de acompanhamento e levantamento de dados constantes para diminuir estes números e aprimorar o atendimento, buscando por soluções estratégicas em menores períodos de tempo. Neste sentido, sugeriu-se a criação de um sistema de confirmação prévia do comparecimento à consulta agendada, seja por ligação telefônica, SMS, rede social ou outro aplicativo, visando reduzir o esquecimento, que é uma importante causa de absenteísmo de pacientes.

A incompatibilidade entre o horário da consulta e as atividades laborais do paciente foi relatada em boa parte da amostra estudada, atingindo 18,96% dos pacientes. Segundo Gonçalves et al. (2015), este é o maior motivo de ausência em consultas de modo geral. Talvez, uma reorganização da agenda para os fins de semana, ou horário não comercial, atenderia mais eficientemente a necessidade dos usuários, incluindo aqueles que compuseram a amostra do presente estudo.

Talvez a taxa do absenteísmo dos pacientes não pareça tão expressiva, porém os seus prejuízos vão desde a percepção negativa do paciente frente à qualidade do serviço (enfrentamento de filas extensas, dificuldade de agendamento por indisponibilidade de horários da Instituição, entre outros), além do desperdício financeiro advindo de recursos públicos, ocasionando em perdas de aproximadamente R\$ 13.327,47 em desperdício profissional ociosos mensalmente, de acordo com cálculos específicos neste estudo em questão, comparando os usuários ausentes, média de horas aproximadas por consulta, média de salários mensais aproximados dos funcionários envolvidos e valor despendido em horas ociosas. Recursos estes que poderiam, e deveriam, ser utilizados a fim de atender o maior número de pacientes com a maior qualidade possível.

Em um estudo nacional conduzido por Marote e Queluz (2016), os autores buscaram identificar os fatores envolvidos no absenteísmo em consultas odontológicas em uma indústria siderúrgica na cidade de São José dos Campos - SP. Na pesquisa, as informações detalhadas sobre o motivo do absenteísmo foram obtidas dos arquivos do Departamento de Saúde da empresa, incluindo pacientes atendidos no período de 2005 a 2008. No período, foram registradas 570 ausências. A maioria dos trabalhadores era do sexo masculino, com atestado médico, e trabalhavam na produção de bens e serviços industriais ou eram operadores de máquinas industriais. Em suma, a duração total do absenteísmo foi de 3.187 dias, sendo as principais causas das faltas as doenças musculoesqueléticas, respiratórias, lesões, envenenamento e outras causas externas, além de doenças digestivas. Ao final do estudo, os autores afirmaram que provavelmente houve subnotificação de absenteísmo por causas dentárias e afirmaram que novos estudos sempre são necessários com o intuito de conhecer efetivamente o absenteísmo em consultas dentárias.

Gonçalves e colaboradores (2015) conduziram um estudo que objetivou analisar o porquê das ausências a consultas previamente agendadas com dentistas em unidades básicas de saúde, a fim de criar estratégias para a redução do absenteísmo. A metodologia utilizada pelos autores foi a pesquisa-ação, assim como na presente dissertação. Após o levantamento dos motivos das ausências, que foram anotados por meio de ligação telefônica, os autores

identificaram que o principal motivo do absenteísmo se deveu ao horário de atendimento do consultório, que não se estendia após o horário de trabalho do paciente. O estudo não propôs estratégias factíveis para solução dos problemas, embora tenha apontado que a estratégia de pesquisa-ação foi eficaz ao menos para identificação das justificativas de ausência dos pacientes, além de ouvir as propostas de melhoria citadas pelos profissionais envolvidos no atendimento.

Em uma revisão da literatura conduzida por Cruz et al. (2018), foram levantadas as principais causas de absenteísmo a consultas odontológicas, compiladas dos artigos revisados pelos autores. Basicamente, os motivos mais comuns foram longos períodos de espera em consultas anteriores, mudança de endereço ou viagem no dia da consulta, o fato de a rede não oferecer um tratamento completo, o paciente ter ficado doente na data do atendimento, o fato do paciente ser um cuidador e não conseguir se ausentar das suas responsabilidades, gravidez do paciente, insatisfação com o dentista ou com a unidade de saúde onde a consulta havia sido marcada, o horário da consulta coincidir com o horário da escola dos filhos, falecimento do paciente agendado, falta de estruturação do serviço e de acesso a informação, desconfiança da habilidade do profissional que iria atendê-lo, impossibilidade de o tutor acompanhar o paciente cuja consulta havia sido agendada, a própria insatisfação do paciente com atendimentos anteriores realizados na Unidade, o paciente não necessitava da consulta odontológica (havia sido agendada indevidamente), medo e ansiedade em relação ao procedimento que seria realizado, distância e falta de dinheiro para o deslocamento até a Unidade e, por fim, assim como foi notado nesta dissertação, o agendamento da consulta em horário de trabalho do paciente.

Ainda segundo Cruz e colaboradores (2018), como sugestão para resolução do absenteísmo em consultas odontológicas, é necessário reestruturar os processos dos trabalhos das equipes para reduzir as faltas, visto que as causas dessas ausências são multifatoriais, envolvendo níveis de atenção distintos. Os autores finalizam o estudo afirmando que, paralelamente às queixas dos usuários em relação à falta de consultas e da possibilidade de realização de exames, também existe um considerável desperdício dos recursos disponibilizados, o que por sua vez reflete negativamente na qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde.

Sobre a mesma questão, Costa et al. (2018), em um estudo que avaliou os motivos de faltas em consultas agendadas na rede pública, entrevistando 18 usuários faltantes por meio de ligação telefônica, identificou a falta de compatibilidade entre o horário agendado para consulta pela própria rede e a agenda pessoal do paciente. Segundo os autores, a sugestão para

solução se basearia na conscientização do usuário sobre a importância do seu comparecimento à consulta, visto que sua ausência gera aumento das filas, desperdício de dinheiro público, e insatisfação geral, especialmente dos outros usuários do sistema.



## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

Perante os resultados observados neste trabalho, uma das sugestões para reduzir o absenteísmo seria a criação de um protocolo para melhorar a gestão da agenda de consultas, visto que a ausência do usuário representa uma perda de recursos públicos, além dos prejuízos na continuidade da assistência e prejuízo na qualidade e afetando, assim, os bens intangíveis do Hospital como a promoção da saúde, percepção do paciente, e na resolubilidade das demandas de saúde. Este protocolo deve ter como principal objetivo lembrar os pacientes de suas consultas, acompanhar sua rotina diária e auxiliá-los nas barreiras que os impedem de comparecer ao consultório – seja por distância, indisponibilidade ou mesmo o esquecimento. O envio de SMS, chamada telefônica ou outros meios de contato devem ser aliados das clínicas na confirmação de agendamento do paciente em um período prévio – porém próximo – à consulta, garantindo, assim, a diminuição do período ocioso dos funcionários, permitindo maior acessibilidade a outros usuários interessados e/ou necessitados de atendimento em substituição dos pacientes cancelados. Podendo, ainda, o Hospital contatar outros pacientes agendados para outras datas e/ou horários para checar o interesse em substituir um paciente desistente, preenchendo a agenda dos profissionais de saúde adequadamente e aprimorando a qualidade de atendimento.

Sugere-se ainda melhorar a adesão do usuário à perspectiva do autocuidado e do compromisso com a saúde, possibilitando que a equipe o reconheça como um aliado na luta pela promoção de saúde.

Incluir os profissionais na gestão de recursos pode ajudá-los a reconhecer a real necessidade do estabelecimento de uma relação de proximidade entre o dentista e o paciente, promovendo a melhor aceitação e adesão ao tratamento e, conseqüentemente, reduzindo o absenteísmo e aumentando a possibilidade de sucesso, não só para quem presta o atendimento, mas também para quem recebe os cuidados, além de auxiliar no processo de criação de vínculos, atribuindo maior confiabilidade na relação médico-paciente, elevando a taxa de satisfação individual do usuário, aprimoramento da qualidade do serviço, além de reduzir o período ocioso dos profissionais envolvidos.

Ainda, sensibilizar o Serviço quanto à necessidade de construir estratégias de enfrentamento, incluindo campanhas de conscientização dos usuários para os efeitos das faltas ou descontinuidade do tratamento, estabelecendo caminhos para que se possam superar os desafios da gestão da agenda permitindo gerar uma economia nos recursos de saúde e, principalmente, uma melhor promoção de saúde bucal e eficiência nos serviços oferecidos. A

construção conjunta de propostas pode auxiliar o compromisso e envolvimento de todos os profissionais envolvidos no atendimento.

Vale ressaltar que o processo de conscientização deve ser feito em conjunto com os todos os envolvidos (funcionários, gestão e pacientes), principalmente levando-se em conta diversos fatores subjetivos, conforme previamente mencionado nesta dissertação. Os pacientes possuem estilos de vida e necessidades específicas individuais e, como profissionais de saúde, há a responsabilidade de acolhimento e apoio para o maior conforto destes usuários, visando trazer conhecimento/informação, além de compreender os diferentes níveis de instrução individuais, dores dos pacientes e como providenciar o melhor suporte de acordo com as circunstâncias individuais de cada um. Este processo corresponde à visão proposta pela Instituição de tratamento humanizada, porém para tal, é importante conhecer mais profundamente os indivíduos sendo tratados, levantar dados constantemente, acompanhar o seu desenvolvimento de perto, criar vínculos com estes usuários atribuindo maior confiabilidade ao serviço prestado, além de trazer, conseqüentemente, uma melhoria na percepção da qualidade dos serviços, acolhimento e confiança dos pacientes menos instruídos ou emocionalmente mais instáveis (que relatam medo e/ou insegurança em relação a determinados procedimentos). Este tratamento humanizado e pregado pela Instituição deve ser acompanhado por meio dos dados extraídos e eficácia de suas ações estratégicas para, por fim, garantir o bem-estar dos usuários.

#### 7.1. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE FUTURAS PESQUISAS

A metodologia de pesquisa-ação é flexível e assume o caráter de liberdade dos atores envolvidos, ou seja, dá a oportunidade de os profissionais atuarem de forma positiva junto ao Serviço, libertando-os dos mitos e preconceitos que prejudicam a aceitação de mudanças. Nesse sentido, uma das limitações deste estudo se refere ao fato de ter sido realizado em uma única Instituição hospitalar, sugerindo que a avaliação dos motivos de absenteísmo a consultas odontológicas seja realizada em outras clínicas e Instituições. Outrossim, trabalhou-se a despeito da escolha da metodologia de pesquisa-ação, com uma amostra de conveniência. Dessa forma, novos estudos com amostras maiores podem contribuir para verificar se os resultados observados no presente estudo poderão se repetir quando avaliados em maior escala e ou em diferentes estações climáticas no ano, trazendo possíveis novas conclusões e estratégias de acordo com as necessidades e especificidades de cada Instituição. Vale ressaltar que o público-alvo atendido pode interferir na relação dos dados coletados, dado que o estilo de vida individual dos pacientes associado às modalidades de atendimento, bem como

disponibilidade de horários, delimitação geográfica e fatores subjetivos são fatores de extrema relevância para compreender as causas de ausência de pacientes em determinadas consultas. Ou seja, o resultado pode ser bastante distinto entre Instituições, assim como o ponto de vista dos profissionais e perspectivas individuais dos seus pacientes.

Por fim, sugere-se que novas avaliações periódicas sejam realizadas após a implementação das estratégias estabelecidas para reduzir o absenteísmo. Tais avaliações futuras dirão se essas estratégias são capazes de gerar transformação não somente em curto prazo, mas também em médio e longo prazo.

## REFERÊNCIAS

- Abbas, K., Gonçalves, M. N., & Leoncine, M. (2012). Os métodos de custeio: vantagens, desvantagens e sua aplicabilidade nos diversos tipos de organizações apresentadas pela literatura. *ConTexto*, 12(22), 145–159.
- Adelman, C. (1993). Kurt Lewin and the Origins of Action Research. *Educational Action Research*, 1(1), 7–24. <https://doi.org/10.1080/0965079930010102>.
- Aird, B. (1996). Activity-based cost management in health care – another fad? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9(4), 16–19. <https://doi.org/10.1108/09526869610124182>.
- Beuren, I. M. (2008). *Uso do Custeio por Absorção e do Sistema RKW para gerar informações gerenciais: Um estudo de caso em hospital*. 3(2), 28.
- Bittar, O. J. N. V., Magalhães, A., Martines, C. M., Felizola, N. B., & Falcão, L. H. (2016). Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. *Bepa - Boletim Epidemiológico Paulista*, 19–32.
- Bonacim, C. A. G., & Araujo, A. M. P. de. (2010). Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: A experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. *Revista de Administração Pública*, 44(4), 903–931.
- Bonacim, C. A. G., & Araujo, A. M. P. de. (2011). Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: Os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 1055–1069. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700038>.
- Campos, D. F., & Marques, I. C. P. (2013). Custeamento ABC numa Organização Hospitalar: Um Estudo Comparativo do Custo de Cirurgias Eletivas com Valores Remunerados por Planos de Saúde DOI – 10.5752/P.1984-6606.2013v13n33p128. *Revista Economia & Gestão*, 13(33), 128–158. <https://doi.org/10.5752/P.1984-6606.2013v13n33p128>.
- Casotti, E., Contarato, P. C., Fonseca, A. B. M., Borges, P. K. de O., & Baldani, M. H. (2014). Atenção em Saúde Bucal no Brasil: Uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 38, 140–157. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S011>.

- Costa, C. F. S. da, Duarte, P. M., & Vaghetti, H. H. (2018). Absenteísmo em consultas especializadas referenciadas por unidade básica saúde da família: Estudo de caso. *Saúde (Santa Maria)*, 44(1), 1–10. <https://doi.org/10.5902/2236583420922>.
- Cruz, D. F. da, Cavalcanti, R. P., Lucena, E. H. G. de, & Padilha, W. W. N. (2018). A regulação da atenção à saúde bucal e o absenteísmo: Cenários e possibilidades. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 6(2), 228–237. <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i2.2820>.
- Diemen, V. V., Dick, N. R. M., & Pinto, J. do N. (2019). Principais Causas de Absenteísmo nas Organizações Policiais Militares Atendidas na FSR-APM em 2013 e 2014. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 7(1), 25–36. <https://doi.org/10.18316/sdh.v7i1.3625>.
- Donabedian, A. (1968). Promoting Quality through Evaluating the Process of Patient Care. *Medical Care*, 6(3), 181–202.
- Escrivão Junior, Á. (2007). Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 655–666. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000300015>.
- Francisco, I. M. F., & Castilho, V. (2002). A enfermagem e o gerenciamento de custos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(3), 240–244.
- Franco, M. A. S. (2005). Pedagogia da pesquisa-ação. *Educação e pesquisa*, 31(3), 483–502.
- Gonçalves, C. Â., Vazquez, F. de L., Ambrosano, G. M. B., Mialhe, F. L., Pereira, A. C., Sarracini, K. L. M., Guerra, L. M., & Cortellazzi, K. L. (2015). 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, 449–460. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.00702014>.
- Kaplan, R. S. (2014, junho 1). *Improving value with TDABC*. Healthcare Financial Management. <http://link.galegroup.com/apps/doc/A375369759/AONE?sid=googlescholar>.
- Kaplan, R. S., & Anderson, S. R. (2007). *Time-Driven Activity-Based Costing: A Simpler and More Powerful Path to Higher Profits*. Harvard Business Press.
- Kyne, L., Hamel, M. B., Polavaram, R., & Kelly, C. P. (2002). Health Care Costs and Mortality Associated with Nosocomial Diarrhea Due to *Clostridium difficile*. *Clinical Infectious Diseases*, 34(3), 346–353. <https://doi.org/10.1086/338260>.
- Marote, I. A. de A., & Queluz, D. de P. (2016). Absenteeism study in a steel industry of São José dos Campos, SP, Brazil. *Brazilian Journal of Oral Sciences*, 15(2), 124–130. <https://doi.org/10.20396/bjos.v15i2.8648754>.
- Marras, J. P. (2017). *Administração de recursos humanos*. Editora Saraiva.

- Melo, A. C. B. V. de, Braga, C. C., & Forte, F. D. S. (2011). Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção básica: Desvelando o absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde*, 15(3), 309–318.
- Moimaz, S. A. S., Burili, M. C., Bordin, D., Garbin, C. A. S., Saliba, T. A., & Saliba, N. A. (2017). Satisfação dos usuários segundo variáveis de organização dos serviços públicos odontológicos. *Archives Of Health Investigation*, 6(1). <https://doi.org/10.21270/archi.v6i1.1776>.
- Munhoz, S., & Barros, S. M. O. de. (2002). Conhecimento dos gestores dos serviços de enfermagem sobre conceitos de custos hospitalares. *Rev. Paul. Enferm*, 30–39.
- Pinheiro, R. S., & Torres, T. Z. G. de. (2006). Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 999–1010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400021>.
- Ramos, D. D., & Lima, M. A. D. da S. (2003). Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 27–34. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100004>.
- Rodriguez, M. C. (2017). Factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de una clinica odontológica universitaria. *Revista Científica Alas Peruanas*, 3(1). <https://doi.org/10.21503/sd.v3i1.1332>.
- Serxner, S. A., Gold, D. B., & Bultman, K. K. (2001). The impact of behavioral health risks on worker absenteeism. *Journal of occupational and environmental medicine*, 43(4), 347–354.
- Silva, E. N. da, Silva, M. T., & Pereira, M. G. (2016). Identificação, mensuração e valoração de custos em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25, 437–439. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000200023>.
- Souza, L., Pontes, R., Pontos, A., & Dutra, K. (2015). *Representatividade do Custo com Absenteísmo no setor de acabamento de uma indústria gráfica*. Congresso Internacional de Administração, Ponta Grossa.
- Tripp, D. (2005). Pesquisa-ação: Uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, 31(3), 443–466. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022005000300009>.
- Viegas, A. P. B., Carmo, R. F., & Luz, Z. M. P. da. (2015). Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 100–112. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>.

**ANEXO 1**

**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DE SÃO PAULO**  
Av. Olavo Fontoura, 1400 - Santana  
São Paulo - SP- CEP 02012-021

Tel: (11)2224-7000 / Fax: (11)2224-7000 / e-mail: protocolo.hfasp@fab.mil.br

Ofício nº 48/DEP/19242  
Protocolo COMAER nº 67438.018184/2018-32

São Paulo, 12 de dezembro de 2018.

A Sua Senhoria a Senhora  
Coordenadora ANNA CAROLINA RATTO TEMPESTINI  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Nove de Julho - Campus Vergueiro  
Rua Vergueiro, 235/249 - Liberdade  
01504-001 - São Paulo - SP

Assunto: Autorização para realização de projeto de pesquisa.

Senhora Coordenadora,

1. Autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado de "Absentismo em Consultas Ambulatoriais" nas instalações do HFASP, que será conduzido pelo Sr. Alberto Boaventura da Conceição Junior, aluno do curso de mestrado da Universidade Nove de Julho - UNINOVE, Campus Vergueiro.
2. O projeto poderá ser realizado nas dependências do HFASP após apreciação e aprovação desse Comitê de Ética em Pesquisa, seguindo todas as orientações exigidas.

Atenciosamente,

SIDNEY DIONÍSIO TOLEDO Coronel Médico  
Diretor Interino do Hospital de Força Aérea de São Paulo - HFASP

