

**ABSENTEÍSMO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS EM UM MUNICÍPIO DO  
AGRESTE PERNAMBUCANO**

*ABSENTEEMISM OF SPECIALIZED CONSULTATIONS IN A MUNICIPALITY  
OF PERNAMBUCANO*

Douglas Simião Silva.<sup>1</sup>

Inácio Martins da Silva Neto.<sup>2</sup>

Samuel Levi da Silva Santos.<sup>3</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** Verificar a frequência de absenteísmo das consultas especializadas agendadas pela Unidade de Saúde Dr. Antônio Vieira. **Metodologia:** Este trabalho consiste em um estudo retrospectivo, descritivo, transversal, baseado em dados secundários de um serviço de Atenção Primária em Saúde. **Resultados:** Gerou-se uma média de 27,9% do absenteísmo ocasionado na unidade, excluídas apenas as consultas reagendadas. **Considerações Finais:** O presente estudo relevou importantes resultados para melhoria da eficiência e da efetividade do sistema de saúde municipal, sobretudo ao trazer quantas e quais são as principais consultas especializadas que tiveram os piores resultados no critério absenteísmo.

Palavras-chave: Absenteísmo, Sistema Único de Saúde (SUS), Gestão em Saúde.

---

1 Sanitarista. Graduando em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), **E-mail de contato:** doug\_-silva1968@outlook.com, **Endereço:** Caruaru-PE, **Telefone:** (81) 9-9310-8850.

2 Sanitarista. Graduando em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), **E-mail de contato:** inacio.martins1996@hotmail.com, **Endereço:** Água preta-PE, **Telefone:** (81) 9-9849-2044.

3 Sanitarista. Graduando em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), **E-mail de contato:** samuell\_levi@hotmail.com, **Endereço:** Quipapá-PE, **Telefone:** (81) 9-9220-1965.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To verify the frequency of absenteeism of specialized appointments scheduled by the Dr. Antonio Vieira Health Unit. **Methodology:** This study consists of a retrospective, descriptive, cross-sectional study based on secondary data from a Primary Health Care service. **Results:** An average of 27.9% of absenteeism in the unit was generated, excluding only rescheduled consultations. **Final Considerations:** The present study showed important results to improve the efficiency and effectiveness of the municipal health system, especially by bringing in how many and which are the main specialized consultations that had the worst results in the absenteeism criterion.

**Keywords:** Absenteeism, Unified Health System (SUS), Health Management.

.

## INTRODUÇÃO

Com a mudança radical na política de saúde em 1988 instituído na Constituição Federal 1988, na Lei nº 8080/8142-90, e a regulamentação através do Decreto nº 7508/11 viram-se a grande necessidade de atender a uma população pela legislação em vigor, fornecendo o pleno atendimento da população. Vários modelos de atendimento foram implantados com o objetivo de atender a esta nova demanda. (BRASIL, 1990)

Com implantação da NOB-SUS, iniciou-se a lógica da regulação através da rede, tendo a porta de entrada à atenção básica para o acesso à média e alta complexidade, instituiu a descentralização dos serviços de saúde, dando ao município e região condições de atenderem ao usuário em suas necessidades. A temática da regulação assistencial no SUS surge com a regulamentação SUS, através da Portaria GM Nº 1.559. (MS, 1993)

*De modo geral, os sistemas de saúde buscam, como objetivos a serem alcançados, a garantia do acesso universal, a prestação do cuidado efetivo, o eficiente uso dos recursos disponíveis, a qualidade na prestação dos serviços e a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população. Embora haja certa convergência nos objetivos, os sistemas de saúde têm se organizado de formas distintas para alcançá-los (MS, 2011).*

É necessário compreender que “a prestação dos serviços é uma condicionante influente nas condições de saúde da população, de modo a ofertar serviços com qualidade que mostrem resultados nos indicadores de saúde e seus impactos” (Apud DOCTEUR; OXLEY, 2003). É prático e comum à disponibilidade de serviços no surgimento do mercado. Mercado é o ponto de equilíbrio na balança de oferta e demanda dos prestadores e consumidores finais. (MS, 2011)

Existem três conceitos fundamentais que fortalecem a ideia e lógica constituinte do “mercado saúde”, oferta, demanda e mercado. A oferta constitui o quanto será o

preço de uma determinada mercadoria na qual foi produzida; A demanda trata-se da capacidade e habilidade nas práticas do produto ser desejado pelos consumidores e conseqüentemente, o desejo do bem e do serviço, na perspectiva dos consumidores. O mercado surge como o poder máximo permitindo a troca dos bens e serviços prestados entre consumidores e prestadores, sem precisar de quaisquer intervenções de instâncias maiores. (CASTRO, 2002)

O mercado é atuante no equilíbrio da oferta e demanda, onde há possibilidades de troca de bens e serviços entre os consumidores. Para entendermos melhor a lógica do mercado e atue perfeitamente bem, são necessárias condições para que ocorra. (MS, 2011)

Na lógica do mercado perfeito e funcional, ele deve oferecer resultados de consumo elevados em satisfação ou bem-estar também conhecido como utilidade. A utilidade serve como um potencializador, mesmo que não seja tangível em seus resultados, mais serve como padrão para os possíveis sucessos ou fracassos tanto para o mercado como o público. (DONALDSON; GERARD, 1993)

Os conceitos de regulação em saúde no Brasil estão divididos em períodos distintos de acordo com a literatura. O primeiro conceito foi abordado entre 1994 e 2000, datado com menor produção de artigos referentes a este conteúdo em regulação. Em segundo momento entre os anos de 2001 a 2008, houve um crescimento significativo em 2008 quando houve publicação de um fascículo da Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os artigos enfatizaram a relação público/privado seguido pelo SUS, Saúde suplementar e mercado:

*Os conceitos de regulação em saúde, utilizados pelos autores têm em comum o entendimento da regulação a partir da lógica de intervenção do Estado, direta ou indiretamente. Assim, a regulação é apresentada como uma atividade do Estado ligada a uma variedade de funções: normativa, administrativa, econômica, política e de governança. No entanto, o que*

*diferencia esses conceitos de regulação são as diferentes formas de intervenção do Estado. (OLIVEIRA, 2012)*

Desde o ano de 2008, existe uma Política Nacional de Regulação do SUS cujos objetivos centrais estão distribuídos entre eixos interdependentes que são: 1) Regulação de Sistemas de Saúde, 2) Regulação da Atenção à Saúde e 3) Regulação do Acesso à Assistência. (BRASIL, 2008)

Uma das chaves para uma melhor regulação é a compreensão do que motiva um “descasamento” entre demanda e oferta, sendo um dos principais causadores é o absenteísmo que impacta diretamente na qualidade de trabalho da equipe. (BENDER, 2010)

O Absenteísmo é o não comparecimento de um procedimento agendado pela unidade de saúde, sem quaisquer notificações ou causa justificada para o motivo de ausência. Gerando rupturas de assistencialismo para outros usuários em seu atendimento, ocasionando transtornos nas origens administrativa e financeira do Sistema Único de Saúde (BITTAR OJNV et al, 2016).

O atendimento que não é realizado torna-se uma esperança perdida e até mesmo um problema emocional. Pode ser desenvolvido pelo paciente devido à falta da garantia do assistencialismo em saúde que necessitava exclusivamente em uma atenção diferenciada, gerando enormes dificuldades no desenvolvimento da linha de cuidado em saúde, se não efetivada com qualidade. Como consequência, enormes filas de espera por procedimento. (BITTAR OJNV et al., 2016)

Desta forma, para compreensão de como se comporta o absenteísmo em uma população referenciada da atenção básica para atenção de média complexidade, o presente estudo teve como propósito verificar a frequência de absenteísmo segundo gênero e motivo de encaminhamento de consultas especializadas para melhor entendimento do fenômeno.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho consiste em um estudo retrospectivo, descritivo, transversal, baseado em dados secundários de um serviço de Atenção Primária em Saúde. A amostra foi composta pelos registros dos pacientes que fizeram agendamento no período proposto pelo presente estudo.

O campo de estudo escolhido argumenta-se por estar entre os 200 maiores municípios constituintes do país e o maior do interior de Pernambuco. Caruaru Possui uma estrutura de 74 Estratégias de Saúde da Família (ESF) e pouco mais de 70% de cobertura da estratégia de saúde da família. (SMS, 2019)

Dentre todas as unidades existentes no município, possui uma unidade de referência que designa a integração do ensino dos centros acadêmicos com o serviço, denominada Unidade Básica de Saúde Dr. Antônio Vieira, do município de caruaru. A unidade atende uma população de 10 mil habitantes, sendo composta por três equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que dividem o mesmo espaço em um só ambiente. Possuem o quadro de equipe completas e Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) e é administrada em cogestão entre a Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru e duas instituições de ensino, ASCES-UNITA e Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Foram analisados todos os agendamentos de consultas especializadas, excluíram-se registros de agendamentos que o médico não compareceu. Os dados foram coletados no Central de Regulação onde foi utilizado um formulário que incluiu número de consultas agendadas e realizadas por mês.

Os resultados encontrados foram tabulados e apresentados em gráficos utilizando-se O Microsoft Office 2016 para melhor apresentação e compreensão dos resultados encontrados na pesquisa.

Selecionaram-se informações como: Gênero, número total de Agendamentos, meses, e por fim, encaminhamentos para procedimentos especializados que impactam nos indicadores do SISPACTO e na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), via Plataforma Brasil, sob parecer de nº 3.373.352 de 5 de junho de 2019. Não foi solicitado o uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois o mesmo não envolve pessoas diretamente, apenas dados secundários.

## RESULTADOS

Caruaru possui uma população de 361.118 habitantes (IBGE, 2019). Destes 53% são mulheres e 47% são homens. (IBGE, 2018). O presente estudo analisou na Unidade Dr. Antônio Vieira cerca de 3.645 consultas especializadas no ano de 2018 (Conforme a gráfico 1).

**Gráfico 1.** Relação do percentual do gênero masculino e feminino residentes no município de Caruaru.



**Fonte:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), CARUARU-PE, 2019.

Ao explorar os dados coletados, percebeu-se 998 faltas com percentual de prevalência de 26% da marcação de consultas especializadas. A análise estratificada gerou uma média de 27,9% do absenteísmo ocasionado nos 12 meses do ano de 2018, excluídas apenas as consultas reagendadas, ou aquelas que o médico não pode comparecer a unidade básica.

Á seguir, a tabela demonstra os dados sociodemográficos divididos por sexo e especialidade representando 100% dos atendimentos no período proposto citando o absenteísmo de cada mês.

**Tabela 1.** Relação dos Agendados, divididos por cada mês.

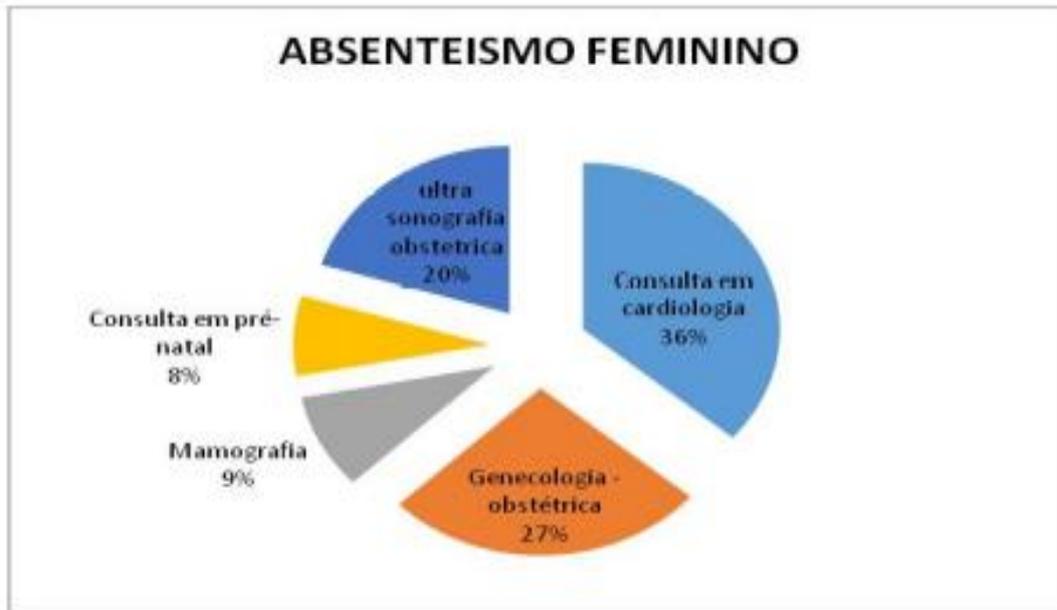
RELAÇÃO DOS AGENDADOS COM ABSENTEÍSMO												
ANO 2018	MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06	MÊS 07	MÊS 08	MÊS 09	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
AGENDADOS	264	254	421	351	355	330	331	349	270	301	195	224
ABSENTEISMO	25,76%	34,25%	25,65%	28,77%	28,73%	30,61%	24,17%	30,09%	30,37%	23,59%	25,13%	18,03%

**Fonte:** Sistema de Informação de Regulação, Caruaru-PE, 2019.

Em todo o período de análise de dados, correspondente a todos os meses do ano, foi evidenciado um número superior aos demais apresentados. O mês de fevereiro de 2018, no qual foram agendadas 254 consultas, com 34,25% de absenteísmo, diante de todos os meses do ano.

Em relação ao absenteísmo nas consultas especializadas de cardiologia com 219 agendamentos obteve-se o resultado de 75 faltosos. Na especialidade de ginecologia obstétrica, agendou-se 130, faltaram 55. Mamografia agendaram 86, número de faltosos em 19. Por fim, pré-Natal agendaram 34, totalizando 16 faltas. Este resultado, traz impactos negativos nos indicadores do SISPACTO e PNAB, demonstrados através do gráfico 2.

**Gráfico 2. Taxa de Absenteísmo Feminino.**



**Fonte:** Sistema de Informação de Regulação, Caruaru-PE, 2019.

## DISCUSSÃO

Historicamente, existem uma multiplicação de conceitos sobre a regulação no SUS, duas pesquisas se propuseram a analisar quais os possíveis entendimentos: Vilarins et al (2012) ao analisar 48 artigos, reconheceu 19 distintas apreciações para o mesmo termo.

De acordo com a linha histórica de conceitos, formou-se o conceito central e o papel que a regulação traz para o sistema como também os gestores entenderem a qualidade de oferta de serviços e atender as necessidades dos usuários.

“Regulação em Saúde se trata do processo de organização e normalização do SUS, definindo regras, fluxo, gerencia, direcionamento das ações no sistema, cumprimento e implementação dos mesmos. (CONASS, 2011)

Oliveira e Elias (2012) ao realizarem uma ampla busca em 735 publicações completas e ao final realizar o aprofundamento em 43 artigos, distribuiu os conceitos de regulação em quatro eixos fundamentais: controle, equilíbrio, adaptação e direção.

Nesta lógica, em referência os últimos autores, verificou que o atual estudo se propôs a analisar a regulação do ponto de vista do Equilíbrio, contemplando também o trabalho da regulação ambulatorial em seu processo de análise estarem direcionando ao absenteísmo e como reflexo havendo impacto sobre a oferta e, sobretudo na demanda e necessidade da população frente os serviços de saúde.

A regulação ambulatorial no SUS é um dos principais mecanismos de controle para melhor distribuição da capacidade instalada para atendimento ao usuário. Quando o atendimento é baseado apenas em demandas espontâneas ocorrem uma série de dificuldades, que vão desde barreiras geográficas, ou seja, quem está mais próximo à unidade tem maior facilidade de atendimento, com isso, incluindo a falta de

profissionais médicos que resultam na peregrinação da população entre diversos serviços de saúde. (FARIA; CAMPOS, 2012)

Idealmente, todos os encaminhamentos realizados da atenção básica para a especializada deveriam acontecer sem maiores entraves, sobretudo porque o médico generalista estaria apto a compreender quais as demandas que deveriam ser repassadas para a média complexidade. Porém, os alcances das ações regulatórias em saúde estão limitadas aos grupos de “ações imediatas”, aqueles profissionais que entendem o processo de atender as demandas dos usuários e sua configuração nos acessos aos serviços. Portanto, trata-se de entender realmente o papel do usuário em quanto questão de sistema, e também, na perspectiva do cuidado integral em saúde (Barbosa, 2012).

A literatura discorre que não há um percentual mínimo de faltas dos usuários que sejam ser utilizados como padrões, Bittar et al (2016) ao analisar os percentuais de absenteísmo de diversas especialidades no estado de São Paulo encontrou resultados que apontavam absenteísmo de 15% a 30% por parte dos usuários, onde mais de 50% dos problemas apontados para o não comparecimento nas consultas e exames estavam relacionados à questões de transporte ou mesmo esquecimento da data da consulta/exame.

Por isso, o número de quase 30% encontrado no presente estudo, não pode ser traduzido como elevado ou mesmo esperado frente a realidade apontada. Cavalcanti, Cruz e Padilha (2018) apontam dificuldades da regulação que podem corroborar com uma queda na efetividade do agendamento de maneira direta ou indiretamente possuindo rebatimento sobre o aumento do absenteísmo, são elas: limitada oferta de exames na rede assistencial, precariedade da referência e contra referência, dificuldade na organização das atividades de regulação, baixa utilização

de protocolos, precariedade no sistema de informação, significativa influência política na gestão das unidades e desorganização da rede de serviços.

No atual estudo ao ser realizado o cruzamento entre absenteísmo e gênero, observa-se que há prevalência maior entre as mulheres, com praticamente 2/3 das ocorrências. Entretanto, ao se aprofundar as questões que poderiam explicar esse fenômeno é imprescindível apresentar que a maioria dos atendimentos realizados na atenção primária, tanto no interior no Nordeste como na maioria do país é feito em mulheres.

Levorato et al (2014) ao analisarem as motivações para procura de atendimento dos serviços de saúde segundo gênero, apontaram que em alguns casos a procura das mulheres em serviços é relativamente alta em sobreposição dos homens pelos mais diversos motivos que vão desde questões culturais para não demonstrarem fragilidade, até mesmo porque não possuem o diagnóstico precoce de algumas morbidades e, portanto, não frequentam os serviços de saúde.

Do ponto de vista da estratificação das faltas as consultas especializadas por especialidade ou por exames, alguns números encontrados corroboram com os achados de estudos realizados no Rio de Janeiro – RJ, onde havia um baixo número de consultas reguladas em cardiologia e onde o tempo médio de atendimento passava dos 60 dias, sendo este um dos possíveis causadores de absenteísmo e baixo índice de consultas reguladas. (PINTO et al., 2015)

No mesmo estudo também foi apresentada a dificuldade de agendamentos de consultas de ginecologia, apresentando um tempo de espera médio de quase 90 dias e um baixo percentual de consultas reguladas, inferior a 10%, demonstrando que a maioria dos atendimentos acabam por ocorrer por demanda espontânea, dificultando a previsibilidade na oferta.

Reconhece-se que a sazonalidade interfere diretamente na frequência e no perfil dos usuários que buscam os serviços de saúde. Silva Júnior et al (2011) apresentaram como os fatores climáticos e a idade podem interferir na ampliação da procura por serviços de saúde por causas relacionadas a problemas respiratórios. Todavia, uma análise do comportamento das faltas durante o ano de 2018 por cada um dos meses do ano não apresentaram resultados de destaque que pudessem apontar uma tendência que referendasse as faltas e algum critério de sazonalidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo relevou importantes resultados para melhoria da eficiência e da efetividade do sistema de saúde municipal, sobretudo ao trazer quantas e quais são as principais consultas especializadas que tiveram os piores resultados no critério absenteísmo.

Todavia, apesar de a literatura trazer algumas evidências, ainda serão necessários estudos mais aprofundados para compreender tanto do ponto de vista do usuário quanto dos profissionais/sistema de saúde, quais as reais causas para que não se efetivem alguns atendimentos.

Com as informações mais completas poderão ser planejadas atividades que mitigarão futuros problemas e impactarão diretamente nos indicadores de morbimortalidade municipais e nos resultados econômicos do sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Bittar OJNV, Magalhães A, Martines CM, Felizola NB, HB L. **Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo**. BEPA; 2016,13(152): 19-32.
2. Brasil. Lei nº 8080. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. 1990.
3. Brasil. Lei nº 8.142. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. 1990.
4. Costa C, Duarte P, Vaghetti H. **Absenteísmo em consultas especializadas referenciadas por unidade básica saúde da família: estudo de caso**; 2018, Jan./Abril: p. 1-10.
5. Faria RC, Campos EMS. **Demanda Espontânea na Estratégia de Saúde da Família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS**; APS, 2012 Apr 02; 15(2): 148-157.
6. Gurgel Jr G, Carvalho de Sousa I, de Araujo Oliveira S, da Silva Santos F, Diderichsen F. **Os serviços nacionais de saúde do Brasil e do norte da Europa: universalidade, equidade e tempo de integralidade chegaram nos últimos tempos**. international journal of health services; 2017, Oct 1; 47(1): 690-702.
7. Jandrey C, Drehmer T. **Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico : o caso do Módulo de Serviço Comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS) - UFRGS**. [Mestrado]. Porto Alegre.: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.
8. Bender A, Molina L, Mello A. **Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica**. [monografia]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
9. Cavalcanti et al. **Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde**; 2018, Novembro: p. 181-188.

10. Gonze GG, Silva G. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2011; 21(1): 129-146.
11. Levorato C, Mello L, Silva A, Nunes A. **Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero.** *Ciência & Saúde Coletiva*; 2014, Jan/ Maio;: 1263-1274.
12. Mattos R. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** *Caderno de Saúde Pública*; 2004, set-out; 20(5): 1411-1416.
13. Pinto L, Soranz D, Scardua M, Silva I. **A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios.** *Ciência & Saúde Coletiva*; 2015; 4(22): 1257-1267.
14. Oliveira R, Elias P. **Os conceitos de regulação em saúde no Brasil.** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: USP, Faculdade de Medicina; 2012.
15. Santos J. **Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: um estudo em um município baiano.** [Mestrado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2008.
16. Sá M. **Plano de Intervenção para reduzir as faltas dos usuários ao atendimento especializado.** [monografia]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas AGGEU MAGALHÃES; 2012.
17. Vilarins G, Shimizu H, Gutierrez M. **A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais.** *Saúde em Debate*; 2012; 36(95): 640-647.
18. Brasil.. **CURSO BÁSICO DE REGULAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS.** 2016.
19. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. **Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS.** *Cad. Saúde Colet.* 2016.