

# ABSENTEÍSMO NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA

## ABSENCE OF PATIENTS REFERRED TO SPECIALIZED HEALTH CARE AND ITS IMPACT ON PRIMARY HEALTH CARE

Anemarie da Silveira Bender<sup>1</sup>, Leandro Ribeiro Molina<sup>2</sup>, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista em Saúde da Família e Mestre em Saúde Pública, Linköping University, Suécia.

<sup>2</sup> Especialista em Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem, Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina.

Artigo extraído de Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência, Programa de Residência Integrada em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Catarina.

Correspondência: **Anemarie da Silveira Bender** ([alfm@terra.com.br](mailto:alfm@terra.com.br))

### Resumo

Este trabalho é um estudo exploratório quali-quantitativo com objetivo de identificar fatores relacionados às ausências de usuários nas consultas especializadas referenciadas por uma Unidade Básica de Saúde e sua implicação para a Atenção Básica (AB). Foram analisados relatórios de produtividade e realizadas 28 entrevistas com usuários e trabalhadores de saúde. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo. Definiram-se como indicadores a descrição do processo de referenciamento, os motivos do absenteísmo, os reflexos na AB e sugestões. O percentual geral de ausências alcançou 34,4%, concentrando-se em algumas especialidades. O fator explicativo referido como preponderante para as faltas foi a vulnerabilidade social. Foram considerados fatores contribuintes o tempo de espera para a consulta e a omissão dos usuários em manter seus contatos atualizados. Como consequência, há um aumento na repetitividade das ações da AB, gerando ônus ao Sistema. Há necessidade de aprimoramento da gestão dos fluxos de referência e contra-referência para prevenção do absenteísmo.

**Descritores:** Absenteísmo; Atenção à Saúde; Saúde da Família; Atenção Básica.

### Abstract

This is an exploratory, quali-quantitative study which aims to identify factors related to the absence of patients referred by a Local Health Unit (LHU) to specialized health care, and its impact on Primary Health Care (PHC). Productivity reports were analyzed, and interviews of 28 patients and LHU's workers were conducted, and analyzed through the Content Analysis Technique. The selected indicators were the description of the referral process, the reasons for the absenteeism, the impact on and contributions to PHC. The overall percentage of absences was 34.4%, concentrated in a few specialties. The main alleged reason for non-attendance was social vulnerability. The delay in obtaining the appointment and the lack of updated patients' contacts were contributing factors. As a result, there is an increase of the repeatability of the PHC actions, generating expenditures to the system. There is a need to improve the referral and counter-referral management process in order to prevent absenteeism.

**Keywords:** Absenteeism; Health Care; Family Health; Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

A organização das ações e serviços de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir a integralidade da atenção, obedecendo aos princípios de regionalização e hierarquização<sup>1</sup>. O conceito de integralidade abrange variadas dimensões, incluindo a garantia da assistência nos três níveis de atenção à saúde, e a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação<sup>2</sup>. Igualmente, a integralidade remete ao conceito de integração das ações e serviços de saúde por meio de redes assistenciais, uma vez que, isoladamente, não reúnem em si a totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida<sup>3</sup>.

O conjunto de estabelecimentos que compõe a rede de serviços de saúde deve atuar de forma articulada, provendo o desenvolvimento de ações com vista a garantir a integralidade do cuidado<sup>4, 5</sup>. A rede de atenção à saúde permite prestar uma atenção contínua à população mediante uma relação horizontal dos serviços com o centro de comunicação na Atenção Básica (AB)<sup>6</sup>. O objetivo da conformação de uma porta de entrada única é o de integrar cuidados básicos e especializados, coordenando o acesso e o fluxo da atenção melhorando-os. Isto implica que o clínico da AB seja responsável pelo adequado referenciamento ao especialista, bem como seja responsabilidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) tanto o agendamento como a garantia da realização da consulta prescrita<sup>7, 8</sup>.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem orientado avanços no sentido de reestruturar as ações da AB para alcançar melhor resolutividade em saúde, por meio do trabalho de uma equipe multiprofissional. Essa equipe é responsável pela atenção a uma população adstrita e deve entender as respectivas necessidades em saúde como resultado, também, das condições sociais, ambientais e econômicas a que os usuários estão sujeitos. A ESF define o generalista como o profissional das áreas de medicina, enfermagem e odontologia para esse nível de atenção, e põe em relevo a importância de outros trabalhadores no campo da saúde, como o agente comunitário de saúde (ACS)<sup>9</sup>.

Estudos de avaliação da ESF apontam que a garantia da integralidade permanece como um importante problema a ser equacionado, quando se observa que a extensão de cobertura da AB aumentou a

demanda pela Atenção Secundária (AS)<sup>9, 10</sup>. Ocorre que o acesso à AS é dificultado em razão dos poucos recursos municipais e consequente insuficiência de oferta de serviços. Nesse quadro, a maioria dos municípios permanece apenas com a gestão da AB, afastado do gerenciamento do restante da rede assistencial do SUS, mesmo em seu território.

O município de Florianópolis, Santa Catarina, dividido administrativamente em cinco Regionais de Saúde (RS), apresenta áreas de abrangência e geoprocessamento definidos. A Política Municipal de Saúde prioriza a ESF como eixo norteador da AB<sup>11</sup> e, com a adesão ao Pacto pela Saúde, ocorrida em julho de 2007, o município passou a assumir gradativamente os serviços de média e alta complexidade. O acesso à assistência especializada é feito a partir das UBS que agendam os serviços, *on line*, pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG). O uso do sistema visa à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos de saúde, além de integrar a regulação do serviço de saúde com as áreas de avaliação, controle e auditoria<sup>12</sup>.

A crescente demanda pelas ações de AS, a partir da ampliação da cobertura da AB, é observável no município de Florianópolis, que se encontra em fase de transição para assumir a totalidade das ações de saúde em seu território. A garantia do acesso ao atendimento especializado ainda é um desafio, embora o município venha gradativamente aumentando a oferta desses serviços. Paradoxalmente, no entanto, apesar da oferta limitada, 34,4% dos usuários deixam de ser assistidos por não comparecerem às consultas agendadas. Essa elevada proporção de ausências caracteriza absenteísmo aos serviços de atenção à saúde<sup>13</sup>. Dados recentes indicam, apesar dos crescentes esforços por parte do município, ainda um percentual elevado – 28,9% – de faltas<sup>14</sup>.

O cumprimento da função de porta de entrada pelo serviço de AB implica acessibilidade geográfica, temporal e cultural e o uso do serviço por parte dos usuários<sup>9</sup>. Sabe-se que o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do Sistema. Os determinantes desse processo podem ser descritos como características e fatores relacionados à necessidade de saúde, aos usuários, aos prestadores de serviços, à organização dos serviços e à política de saúde<sup>15, 16</sup>. A influência desses fatores varia em função do tipo de

serviço prestado e da proposta assistencial, e a interação desses influencia o uso e a efetividade da atenção à saúde. Por sua vez, a continuidade depende de situações distintas daquelas que definem a entrada no sistema, o que indica a importância de que sejam analisadas suas particularidades<sup>15</sup>. O grau de informação em saúde também determina o acesso aos serviços e, portanto, o padrão de utilização dos mesmos<sup>16,17</sup>. Assim, problematiza-se sobre o absenteísmo, suas causas e consequências, a partir do estudo das etapas do processo de utilização e dos determinantes do acesso aos serviços<sup>15, 17,18</sup>.

Na literatura científica, trabalhos que abordam o tema do absenteísmo revelam uma preocupação maior com o cancelamento do atendimento cirúrgico eletivo, apontando as suas taxas<sup>19-23</sup>, e com os cuidados prévios necessários à intervenção cirúrgica<sup>24-27</sup>. Ainda, alguns estudos identificam as especialidades com maior índice de suspensão de cirurgias: ortopedia, otorrinolaringologia, cirurgia geral, ginecologia-obstetrícia e oftalmologia<sup>21, 22</sup>. Essas acumulam mais de 50% do total de suspensões, sendo as faltas por parte do usuário a principal razão. Entretanto, há poucos estudos que abordam este tipo de levantamento em uma avaliação que anteceda o procedimento invasivo, como por exemplo, nas consultas especializadas na AS.

O objetivo deste trabalho foi identificar os fatores relacionados às ausências de usuários às consultas especializadas na AS referenciadas por uma UBS, no âmbito do SUS. Para tal, estudou-se o processo de referenciamento, investigando os possíveis motivos de absenteísmo dos usuários. Além disso, discutiu-se de que modo o absenteísmo na AS se reflete na AB, bem como se elencaram algumas sugestões para otimizar o processo de uso dos serviços.

## MÉTODOS

O estudo exploratório, descritivo e quali-quantitativo foi desenvolvido em uma UBS, denominada Centro de Saúde Saco Grande (CSSG), localizada no município de Florianópolis (SC). A Unidade conta com seis equipes da ESF e integra a Rede Docente Assistencial – RDA. A Rede é fruto de convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS) e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com o objetivo de viabilizar a atuação dos alunos dos cursos da área da saúde nas UBS<sup>28</sup>. Dessa forma, o CSSG é campo de

prática para estudantes de sete cursos de graduação, bem como do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família – PRISF.

Na primeira etapa do estudo foram analisados os relatórios de produtividade referentes ao período de janeiro a julho de 2008 do CSSG e dos quatro centros de referência do Município – as Policlínicas (PC) –, todos usuários do SISREG. Obtiveram-se informações sobre as ausências nas consultas especializadas a partir do CSSG, a saber: especialidade requisitada; mês da ausência; localização do serviço de saúde de AS e número de consultas não realizadas por ausência do usuário. Esses dados foram analisados quantitativamente por meio de estatística descritiva.

A segunda etapa do estudo seguiu os princípios do método qualitativo de investigação buscando, assim, identificar a dinâmica do fenômeno em estudo, voltando-se aos significados e intencionalidades expressas pelos participantes<sup>29</sup>.

Este estudo contou com a participação dos usuários (5) encaminhados para consultas especializadas na AS e que não compareceram, bem como com a participação de trabalhadores de nível superior (13) e de nível médio (10) do CSSG, num total de vinte e oito entrevistas. Os dados foram coletados por meio de entrevistas abertas.

Os trabalhadores da saúde, contribuintes do estudo, pertenciam às diversas categorias profissionais em atuação no CSSG: assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, médicos, nutricionistas e psicólogos, bem como ACS, auxiliares de saúde bucal, técnicos de enfermagem e técnicos administrativos.

O roteiro para a entrevista dos usuários incluiu perguntas referentes aos motivos que levaram o usuário a ser encaminhado para a consulta especializada e os que o impediram de realizar essa consulta. O roteiro direcionado aos trabalhadores focalizou o processo de referenciamento para a AS e as implicações para a AB decorrentes da ausência do usuário nas consultas especializadas.

As entrevistas foram transcritas e os dados obtidos foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo<sup>30</sup>. Segundo o método, a análise textual é feita em três etapas: (a) a pré-análise, (b) a exploração do material e (c) o tratamento dos resultados, com inferência e interpretação.

Durante a pré-análise foi realizada, inicialmente, o que no método se designa como "leitura flutuante" dos dados brutos. Em seguida, foram apreciadas as respostas textuais, pertinentes ao objetivo da pesquisa, e os indicadores a serem utilizados na fase de exploração do material. Neste estudo, definiram-se como indicadores a descrição do processo de referenciamento, o elenco de motivos do absenteísmo, os reflexos do absenteísmo na AB e sugestões para redução do absenteísmo. A última etapa da pré-análise foi a preparação do material: transcrição, edição e classificação dos textos. A fase de exploração do material consistiu nas operações de codificação e categorização do conteúdo textual, seguidas da ordenação e agrupamento dos temas emergentes. Por último, foram realizadas inferências e interpretações sobre os dados, analisando qualitativamente os temas, categorias e suas interrelações<sup>30</sup>.

As entrevistas foram realizadas individualmente nos meses de setembro a dezembro de 2008, no CSSG, e em momento e local próprios para tal, sendo utilizado gravador digital para o registro das falas.

Todos os participantes concordaram livremente em contribuir com o estudo, manifestando seu consentimento por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob o parecer nº 199, de 25 de agosto de 2008.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### O processo de referenciamento à AS

O fluxo de referenciamento inicia com a procura, por parte do usuário, pelo CSSG que agenda uma consulta com um profissional da AB da sua área de adstrição, o qual explicita as necessidades do usuário. Conforme a avaliação desse profissional, é confeccionada uma solicitação de encaminhamento com dados relevantes ao diagnóstico. O usuário recebe a solicitação de encaminhamento após a consulta e a entrega na recepção da UBS para ser apresentada ao setor de marcação de consultas. Nesse momento, o usuário assina o livro de registro de entrada e saída de documentos e recebe orientações para manter o seu cadastro atualizado no CSSG, para possibilitar o contato quando for agendada a sua consulta especializada.

O fluxo operacional, enquanto o usuário aguarda o agendamento da consulta na AS,

se dá pela ação do trabalhador de nível médio responsável pela marcação de consultas. Este verifica, diariamente, se existem vagas para aquele determinado especialista, re-digitalizando o encaminhamento descrito no Sistema Municipal (Infosaúde) ao Sistema Nacional (SISREG), confeccionando uma solicitação de encaminhamento. Conforme a apresentação da demanda – se é mediata ou imediata – essa solicitação entra em uma de duas filas de espera – a normal ou a de regulação. As que entram através da regulação são avaliadas por um profissional regulador do Sistema.

Quando o regulador julga a demanda de modo diverso ao que está indicado ou quando considera a descrição insuficiente, a solicitação torna-se pendente. Nesse caso, cabe ao marcador procurar o profissional que inicialmente fez o encaminhamento com o objetivo de resolver a pendência referente à consulta e, posteriormente, digitalizar a nova justificativa apresentada.

As solicitações de encaminhamento são agendadas de acordo com a existência de vagas no sistema municipal e diariamente comunicadas às respectivas UBS de origem. Quando a consulta é agendada, o SISREG emite comprovante de agendamento e a informação é levada ao usuário para que compareça na UBS para retirá-lo. Esse comprovante identifica o local de atendimento e é anexado à solicitação de encaminhamento efetuada pelo profissional da AB.

O usuário geralmente é avisado por telefone sobre a consulta agendada ou, em alguns casos, o ACS faz a comunicação em visita domiciliar. Essa comunicação ocorre assim que o setor de marcação de consultas obtém o agendamento. O prazo de espera varia conforme a especialidade requisitada e a oferta do município e não há padrão quanto à antecedência com a qual o usuário deva ser avisado. Ao retirar o comprovante, o usuário assina novamente o livro de registro de entrada e saída de documentos e é orientado a comparecer à consulta agendada.

Ainda há outras formas de agendamento de consultas para a AS, uma vez que as UBS do município também providenciam a marcação dos encaminhamentos indicados por profissionais de outras instituições de saúde, desde que relativos a usuários de sua área de abrangência. Esses usuários não precisam, necessariamente, ser atendidos ou acompanhados pelo profissional da AB da rede municipal.

### As faltas de usuários em consultas na AS: dados do SISREG

A partir do exame dos relatórios de cotas do SISREG foi possível obter o número de consultas especializadas utilizadas pelo CSSG, no período de janeiro a julho de 2008. Foram analisados apenas dados referentes às consultas agendadas por meio do SISREG, as quais são ofertadas pelas quatro PC da rede municipal.

O número de consultas não realizadas por ausência do usuário foi obtido por meio da análise dos relatórios de faltas produzidos pelas PC. Esses relatórios são enviados para o setor de Controle e Avaliação da SMS e para as cinco RS, com o objetivo de que cheguem até as UBS, constando deles os dados referentes às faltas dos respectivos usuários encaminhados.

Foram obtidos relatórios de faltas da PC-Centro referentes ao período de janeiro a julho de 2008, excetuando-se o mês de fevereiro – período cujo relatório não foi localizado. A PC-Norte, inaugurada no mês de abril de 2008, disponibilizou os relatórios de faltas do período de abril a julho. A PC-Sul, inaugurada no mês de julho de 2008, disponibilizou apenas o relatório de faltas referentes a esse período. A PC-Continente informou não ter produzido os relatórios de faltas referentes ao período de interesse deste estudo.

Vale ressaltar a dificuldade na coleta desses dados, pois esses relatórios não se

encontravam disponíveis no CSSG, bem como não foi possível a sua obtenção junto à respectiva RS, sendo necessário resgatá-los junto às PC. Assim, detectou-se certo truncamento no fluxo de produção e distribuição desses relatórios, bem como falhas de comunicação entre PC, RS e UBS.

A partir do número de consultas agendadas por especialidade, bem como do número de faltas ocorridas no mesmo período, foi possível calcular o percentual de faltas. Devido à indisponibilidade do relatório de faltas do mês de fevereiro, o mesmo foi excluído da análise para cálculo do número de faltas e consultas agendadas. Esses dados estão descritos na Tabela 1. No total, foram realizadas 828 consultas especializadas agendadas via SISREG pelo CSSG durante o período analisado. A percentagem geral de faltas alcançou 34,4%. A maior percentagem de faltas se deu nas especialidades de cirurgia pediátrica (66,7%), ginecologia – gestante de alto risco (50%) e urologia (48,4%). As especialidades fonoaudiologia, nutrologia infantil e cirurgia buco-maxilo-facial não apresentaram faltas. Os retornos das especialidades acupuntura, infectologia e fisioterapia são agendados diretamente nas PC, e não via SISREG. Os dados obtidos para o cálculo, referentes ao total de consultas agendadas, apenas consideram o primeiro agendamento, enquanto a percentagem inclui também as faltas relativas aos retornos. Dessa forma, a porcentagem de faltas nas consultas dessas especialidades podem estar superestimadas.

**Tabela 1.** Uso de consultas especializadas agendadas via SISREG pelo CSSG e porcentagem e total de faltas ocorridas no período de janeiro a julho de 2008.

ESPECIALIDADE	AGENDAMENTOS	FALTAS	
		No.	%
Acupuntura	15	5	33,3
Buco-maxilo facial	9	-	-
Cardiologia	123	38	30,9
Cirurgia pediátrica	3	2	66,7
Cirurgia vascular	14	4	28,6
Dermatologia	63	28	44,4
Endocrinologia	84	18	21,4
Endocrinologia – Pediátrica	20	5	25,0
Fisioterapia	90	34	37,8
Fonoaudiologia infantil	1	-	-
Gastroenterologia	40	16	40
Geriatria	4	1	25

ESPECIALIDADE	AGENDAMENTOS	FALTAS	
		No.	%
Ginecologia	18	6	33,3
Ginecologia – gestante alto risco	6	3	50,0
Infectologia	19	9	47,8
Neurologia	72	29	40,3
Nutrologia infantil	2	-	-
Oftalmologia	55	18	32,7
Ortopedia	66	27	40,9
Otorrinolaringologia	42	11	26,2
Periodontia	5	2	40,0
Pneumologia – pediatria	12	5	41,7
Reumatologia	34	14	41,2
Urologia	31	15	48,4
<b>Total</b>	<b>828</b>	<b>285</b>	<b>34,4</b>

### O absentismo em consultas da AS: análise qualitativa

Os usuários entrevistados consideram o trabalhador de saúde como o principal agente para a resolução das demandas, fazendo

referências às qualidades pessoais dos atendentes. A dedicação profissional sob uma perspectiva descontextualizada do trabalho em equipe e do sistema de saúde, sugerindo conotação caritativa, foi também valorizada

pelos entrevistados.

Os trabalhadores relataram conviver diariamente com o quadro do absenteísmo de usuários às consultas especializadas. Em geral, os trabalhadores entrevistados conheciam o fluxo de encaminhamento às consultas especializadas e relataram que somente encaminhavam o usuário a outros níveis de atenção quando se fazia necessária a contribuição de um especialista, fosse pela necessidade de uma avaliação mais aprofundada ou para dar continuidade ao tratamento por meio da realização de intervenções com maior densidade tecnológica.

Os entrevistados acreditam que o encaminhamento para a AS surge a partir de uma avaliação profissional em que se visualiza uma necessidade do usuário que não pode ser contemplada na AB. Essa necessidade pode ser normativa, a qual, sem levar em consideração a subjetividade da pessoa, se baseia na classificação de doenças – como o perfil de morbimortalidade e fatores de risco – definidos conforme o conhecimento científico vigente ou pela disponibilidade de tecnologia; ou pode ser expressa como demanda pelo usuário, podendo variar conforme fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais<sup>31</sup>.

Foram identificadas algumas especialidades para as quais mais se fizeram encaminhamentos – oftalmologia, cardiologia e ortopedia – além da necessidade de acompanhamento fisioterápico.

Enfatizaram, ainda, que o CSSG recebe encaminhamentos para o agendamento de especialidades na AS provenientes de outros serviços de saúde, públicos e privados, os quais têm de ser reavaliados, tendo em vista, respectivamente, tanto a necessidade de contrarreferência mais adequada, quanto de alguma forma de regulação.

Percebeu-se a angústia e o sofrimento dos trabalhadores perante a situação do absenteísmo na AS, por colocarem em dúvida a validade do trabalho realizado na AB e ao verem frustrada a possibilidade de serem resolutivos frente às demandas apresentadas.

### **Os motivos para o absenteísmo na AS**

Os usuários faltosos demonstraram compreensão sobre a necessidade do encaminhamento para a consulta na AS. Identificaram que tinham conhecimento da consulta agendada e ressaltaram que o melhor local para o atendimento seria a PC mais próxima à sua UBS. Para os entrevistados, os motivos citados que levaram às ausências nas consultas foram: a desatenção em relação à data da consulta; o fato de ter outro compromisso ou de não estar se sentindo bem no mesmo dia do

atendimento; de não ter conseguido identificar o local da consulta apropriadamente e de não ter recursos financeiros suficientes para realizar o deslocamento.

A conduta do usuário após a falta foi nova procura por um profissional de saúde, o qual compreendia os motivos da ausência e fornecia novo encaminhamento. Relataram, entretanto, que enquanto aguardavam serem contemplados com a consulta, procuravam o CSSG, ainda que fosse apenas para escuta qualificada das queixas apresentadas. Interpreta-se, a partir das falas, a visão de que o trabalhador de saúde é considerado o único responsável pela atenção à saúde, e não o binômio profissional-usuário como parceiros na co-construção dessa responsabilidade.

Os trabalhadores procuraram refletir, a partir do seu cotidiano, sobre o rol de motivos associados à falta dos usuários nas consultas. A vulnerabilidade social em que essas pessoas vivem – entendida como a resultante de um conjunto de aspectos individuais e coletivos, tais como acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, estar livre de coerções violentas, bem como disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger<sup>32</sup> – foi o fator mais frequentemente referido para a falta na consulta especializada.

Os trabalhadores apontaram que a população, muitas vezes, não compreende a importância do comparecimento, nem está consciente da necessidade para enfrentamento do seu problema de saúde, talvez por não considerar uma prioridade ou por não compreender a necessidade da consulta para a resolução do seu problema de saúde. Suposições como essas vão ao encontro da percepção do olhar diferenciado sobre a demanda em saúde – ao passo que o trabalhador tem uma visão do processo patológico, o usuário pode apresentar outra.

O elevado tempo de espera na obtenção da consulta especializada foi apontado como um importante fator contribuinte à falta, motivo de constante reclamação por parte dos usuários durante a consulta na AB. A impossibilidade de o usuário arcar com o custo do transporte e a dificuldade em conseguir liberação do seu trabalho também foram citadas.

Relatos por parte dos trabalhadores apontam para casos de usuários que procuravam mais de uma UBS com a mesma demanda, no intuito de diminuir o tempo de espera. A omissão dos usuários em manter seus contatos atualizados no CSSG também foi citada como um fator complicador. Esses fatos foram considerados com ato de desrespeito ao princípio da adscrição mantido pela ESF<sup>8</sup>, indicando também falta de

conscientização do usuário no uso responsável dos serviços de saúde e no reconhecimento da importância da sua colaboração no processo de referenciamento.

Os trabalhadores do CSSG mencionaram falhas na comunicação estabelecida com o usuário – desde uma inadequada orientação quanto à realização da consulta, ao aviso ao usuário sobre o agendamento. Também fizeram referências à dificuldade do acesso físico à consulta, quais sejam: a não compreensão por parte do usuário do endereço da consulta, a grande distância implicada no deslocamento e a localização geográfica da residência, acentuada por intempéries climáticas.

Os trabalhadores admitem que há falta de flexibilidade para conseguir mudanças nas datas das consultas agendadas, o que foi tomado como um fator que poderia gerar certo tumulto no fluxo de referenciamento. Ainda, alguns entrevistados questionaram a real necessidade de determinados encaminhamentos a AS. Reconhecem que os encaminhamentos devem ser mais bem avaliados, pactuando a decisão com o usuário e, se possível, com toda a equipe de saúde.

#### **As consequências do absenteísmo para a AB**

Pode-se perceber que trabalhadores têm uma visão crítica dos motivos e das consequências das faltas dos usuários para o Sistema. Constataram que, em virtude do absenteísmo na AS, a continuidade do tratamento é prejudicada e ainda gera repetição de ações da AB e ociosidade à AS. Evidências indicam que a suspensão do atendimento de referência acarreta em uma situação inconveniente ao usuário e seus familiares, interferindo na continuidade da assistência e na resolatividade da demanda de saúde inicialmente apresentada<sup>19,21,25</sup>. Da mesma forma, a suspensão do atendimento de referência acarreta em prejuízo tanto para o trabalho da equipe de saúde, quanto para a administração dos serviços, uma vez que se destinou uma quantidade específica de recursos à operacionalização desta atividade<sup>25, 31</sup>. O prejuízo é total ante a perda de oportunidade de inserir outro usuário naquela consulta, demonstrado pelo cálculo relativo aos gastos gerados por esta ausência<sup>21,25</sup>, podendo esse recurso ser realocado – seja para aplicação em outra demanda de saúde, seja para a manutenção ou elaboração de outro serviço de saúde vital para a população.

Os trabalhadores formularam hipóteses afirmando que essa situação acarreta aumento da fila de espera e das demandas

por urgência. Assim, enquanto a demanda específica não é atendida, a população recorre ao CSSG, tanto para questionar sobre a consulta, quanto para obter um novo encaminhamento para a mesma consulta.

Há setores do nível central responsáveis por analisar os dados referentes às faltas, relatando-os e devolvendo os dados às RS e às UBS, para que se tomem as devidas providências. Entretanto, pouca alusão foi feita pelos trabalhadores ao relatório, o qual também parece não ser difundido entre os diferentes níveis do Sistema. Os trabalhadores defendem, assim, a ampla problematização com todos envolvidos no processo: comunidade, serviço e gestão, no sentido de sensibilizar para o fato.

#### **Sugestões à melhoria do processo de referenciamento e da frequência às consultas especializadas**

Os usuários questionaram o considerável período de tempo entre a consulta na AB e a data agendada para a consulta na AS. Alguns ponderaram que, caso o problema de saúde fosse mais grave, teriam apresentado maiores complicações. Ressaltaram a necessidade de haver maior agilidade no processo de obtenção da consulta, e também maior quantidade de trabalhadores a serviço da população no nível da AS. Propuseram, quando possível, a presença do especialista junto ou disponível à AB para discutir com a equipe as situações clínicas apresentadas, assim como descrito em Campos e Domitti<sup>33</sup>, aproximando a AS à AB.

Ainda, os usuários reconheceram em uma boa relação profissional-usuário o estabelecimento de uma melhor conduta terapêutica, e o consequente esclarecimento sobre a necessidade do acompanhamento pelo especialista. Essa ilustração vai ao encontro da evidência de que o uso eficiente dos serviços depende dos fatores individuais e de fatores internos ao sistema que interferem na qualidade dos cuidados prestados<sup>15</sup>.

Os usuários identificaram que a realidade da comunidade tem de ser discutida, para alcançar um modelo de saúde em que as suas demandas sejam atendidas. Enfatizaram a importância de se atender a comunidade o mais próximo de sua localidade, priorizando áreas de abrangência e diminuindo dificuldades de deslocamento. Nesse sentido, também propuseram a disponibilização de recursos financeiros públicos como auxílio para o deslocamento até o local da consulta especializada.

Dentre as estratégias elencadas para diminuir a quantidade de faltas, os

trabalhadores citaram o esclarecimento ao usuário sobre o processo de referenciamento e seus fluxos, inclusive estimando o tempo de espera, conforme a especialidade encaminhada. Igualmente, reforçaram a importância da orientação ao usuário que, na impossibilidade do comparecimento este avisasse o quanto antes à UBS, visto que assim outro usuário poderia ser contemplado com a vaga. Destacaram a necessidade de questionar o usuário sobre a razão que o levou a faltar à consulta, com vistas a orientá-lo e a suportá-lo em alguma dificuldade.

Os trabalhadores propuseram meios para despertar na população a importância de se ter o cadastro atualizado na recepção do CSSG. Propuseram também a divulgação de informações em um mural contendo, por exemplo, comparativo da quantidade de consultas agendadas e de faltas. Também foi sugerida a prática do contato por meio telefônico com o intuito de confirmar a consulta, semelhante ao que foi encontrado em trabalhos já citados<sup>34, 35</sup>.

Na busca de perspectivas para solucionar o problema do absenteísmo, outra proposta foi a viabilização de um impresso identificando a posição do usuário na lista de espera para a consulta especializada assim que este recebesse o encaminhamento do profissional da AB. Foi problematizado que o fato de esta lista de espera não ser conhecida levaria a um possível descrédito do Sistema.

Este rol de propostas idealizadas coincide com a idéia da construção da autonomia dos usuários no cuidado à sua saúde<sup>36</sup>. Observaram, contudo, que há dificuldades no diálogo com o usuário. O reconhecimento dos direitos dos usuários não foi acompanhado da referência aos seus deveres, omitindo-se a corresponsabilização para o seu cuidado com a própria saúde. Os trabalhadores defenderam a necessidade do reforço do entendimento pelo usuário sobre o Sistema e, conseqüentemente, sobre o seu uso racional e responsável permitindo melhor visualização dos seus limites e possibilidades.

Os trabalhadores consideraram conveniente a forma de regulação via SISREG, ao possibilitar o exercício da equidade quando do encaminhamento, reforçando o uso de critérios de risco. Acrescentaram a importância, além da capacitação de recursos humanos para o trabalho com o SISREG, da presença de um trabalhador da área da saúde para acompanhar os encaminhamentos.

Para além da ampliação da disponibilização de vagas para o atendimento na AS, a melhoria na qualidade da oferta e dos fluxos do Sistema, amenizando o problema do absenteísmo, resultaria em

menor tempo de espera e maior resolutividade no município. Os problemas socioeconômicos da população atendida são relevantes, condicionam e retroalimentam os seus problemas de saúde<sup>31</sup>. Nessa perspectiva, os trabalhadores refletiram sobre a necessidade de articulação entre os diferentes níveis da rede, bem como com instâncias do nível central da SMS, visando à prevenção do absenteísmo.

Foi apontada, ainda, a importância de fortalecer o generalista como o profissional responsável por organizar a porta de entrada ao Sistema de Saúde, considerando-se a AB como centro de comunicação e coordenadora do cuidado em saúde.

Foi explicitada a necessidade de realização de estudos epidemiológicos que avaliem a demanda de cada especialidade, para que seja reivindicada uma quantidade suficiente de consultas. Os trabalhadores enfatizam que o Sistema como um todo pode ser mais eficaz, mas, para tanto, deve ser avaliado permanentemente, inclusive em relação ao impacto do absenteísmo.

## CONCLUSÕES

O absenteísmo na AS é um problema relevante que traz reflexos significativos para a AB. Portanto, este fenômeno deve ser mais bem explorado por todos os atores envolvidos, como: comunidade (usuários, lideranças, mídia), serviço e gestão. A AB, por si, apresenta limitações para a operacionalização de soluções ao absenteísmo. Entretanto, deve assumir seu papel e responsabilizar-se, atuando junto à população adstrita com ações que fortaleçam a autonomia da comunidade, melhorem o fluxo de informações e comunicação, dessa forma prevenindo os fatores que levam às faltas dos usuários em consultas de referência. Além disso, outras instâncias devem ser co-partícipes na efetivação de um adequado fluxo dos usuários dentro dos diferentes níveis de serviços prestados no interior do Sistema, promovendo, assim, a atenção integral à saúde.

Sugere-se a utilização mais intensiva das modernas metodologias de planejamento dos serviços de saúde e o acompanhamento gerencial sistemático. A manutenção e melhoria contínua do SUS dependem de políticas que valorizem os atributos de eficiência, eficácia e efetividade, portanto, que contemplem as necessidades da população e que resultem na melhor relação custo-benefício, considerando os fluxos de referência e contrareferência.



## REFERÊNCIAS

1. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.
2. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saude em Debate. 2002;26(60):37-61.
3. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad Saude Publica. 2004;20(2 Supl):533-6.
4. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. Saude em Debate. 2003;27(65):278-89.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ª ed. Brasília: UNESCO-Brasil/Ministério da Saúde; 2004.
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); 2006.
7. Juliani CMCM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. Rev Esc Enf USP. 1999;33(4):323-33.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional da Atenção Básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(2):164-76.
10. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad Saude Publica. 1998;14(2):429-35.
11. Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do Secretário. Portaria nº 283 de 06 de agosto de 2007: Aprova diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família. Florianópolis. [Acesso em 28 de julho de 2008]. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/saude/portarias/2007/portaria\\_283\\_esf\\_municipal\\_final.doc](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/portarias/2007/portaria_283_esf_municipal_final.doc).
12. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Regulação - SISREG. Brasília. [Acesso em 12 de julho de 2008]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26579](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=26579).
13. Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Avaliação, Controle e Auditoria. Relatório de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica e Média e Alta Complexidade no período de 2005 a 2007. Florianópolis. [Acesso em 05 de outubro de 2008]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>.
14. Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Avaliação, Controle e Auditoria. Relatório de Monitoramento da Rede Municipal de Saúde – maio de 2009. Florianópolis. [Acesso em 06 de julho de 2009]. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/saude/inf\\_saude/monitoramento\\_mc/MONITORAMENTO\\_1\\_trimestre\\_2009.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/inf_saude/monitoramento_mc/MONITORAMENTO_1_trimestre_2009.pdf).
15. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saude Publica. 2004;20 (2 Supl):5190-8.
16. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Cien Saude Coletiva. 2003;8(3):815-23.
17. Jesus LA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Cien Saude Coletiva. 2010;15(1):161-70.
18. Lima JC, Azoury EB, Bastos LHCV, Coutinho MM, Pereira NN, Ferreira, SCC. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Rev Saude em Debate. 2002;26(60):62-70.
19. Arieta CEL, Taiar A, Kara-José N. Utilização e causas de suspensão de intervenções cirúrgicas oculares em Centro Cirúrgico ambulatorial universitário. Rev Assoc Med Bras. 1995;41(3):233-5.

20. Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: um estudo exploratório. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2000;8(4):59-65.
21. Lira RPC, Nascimento MA, Temporini ER, Kara-José N, Arieta CEL. Suspensão de cirurgia de catarata e suas causas. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(5):487-9.
22. Aguirre-Córdova JF, Chávez-Vázquez G, Huitrón-Aguilar GA, Cortés-Jiménez N. ¿Porqué se suspende una cirugía? Causas, implicaciones y antecedentes bibliográficos. *Gac Med Mex*. 2003;139(6):544-51.
23. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):113-9.
24. Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, Yamamoto MU, Inagaki MM, Ogawa NY, et al. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo*. 2004;59(2):51-6.
25. Pinto TV, Araújo IEM, Galliani MCBJ. Enfermagem em cirurgia ambulatorial de um hospital escola: clientela, procedimentos e necessidades biológicas e psicossociais. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13(2):208-15.
26. Paschoal MLH, Gatto MAF. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006;14(1):48-53.
27. Hand R, Philip L, Stanziola A. The causes of cancelled elective surgery. *Am J Med Qual*. 1990;5(1):2-6.
28. Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Rede Docente Assistencial. Florianópolis. [Acesso em 11 de janeiro de 2009]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>
29. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
30. Bardin L. A análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
31. Pinheiro R, Mattos RA. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ; 2005.
32. Ayres JRCM, França Jr I, Calazans GJ, Filho HCS. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D (org.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
33. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referencia: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007;23(2):399-407.
34. Haynes JM, Sweeney EL. The Effect of Telephone Appointment-Reminder Calls on Outpatient Absenteeism in a Pulmonary Function Laboratory. *Respir Care*. 2006;51(1):36-9.
35. Chen ZW, Fang LZ, Chen LY, Dai HL. Comparison of an SMS text messaging and phone reminder to improve attendance at a health promotion center: a randomized controlled trial. *J Zhejiang Univ Sci B* 2008;9(1):34-8.
36. Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec; 2006,669-89p.

**Recebido em 26/4/2010.**

**Aceito em 20/6/2010.**