



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Indaiara Ribeiro Cesário

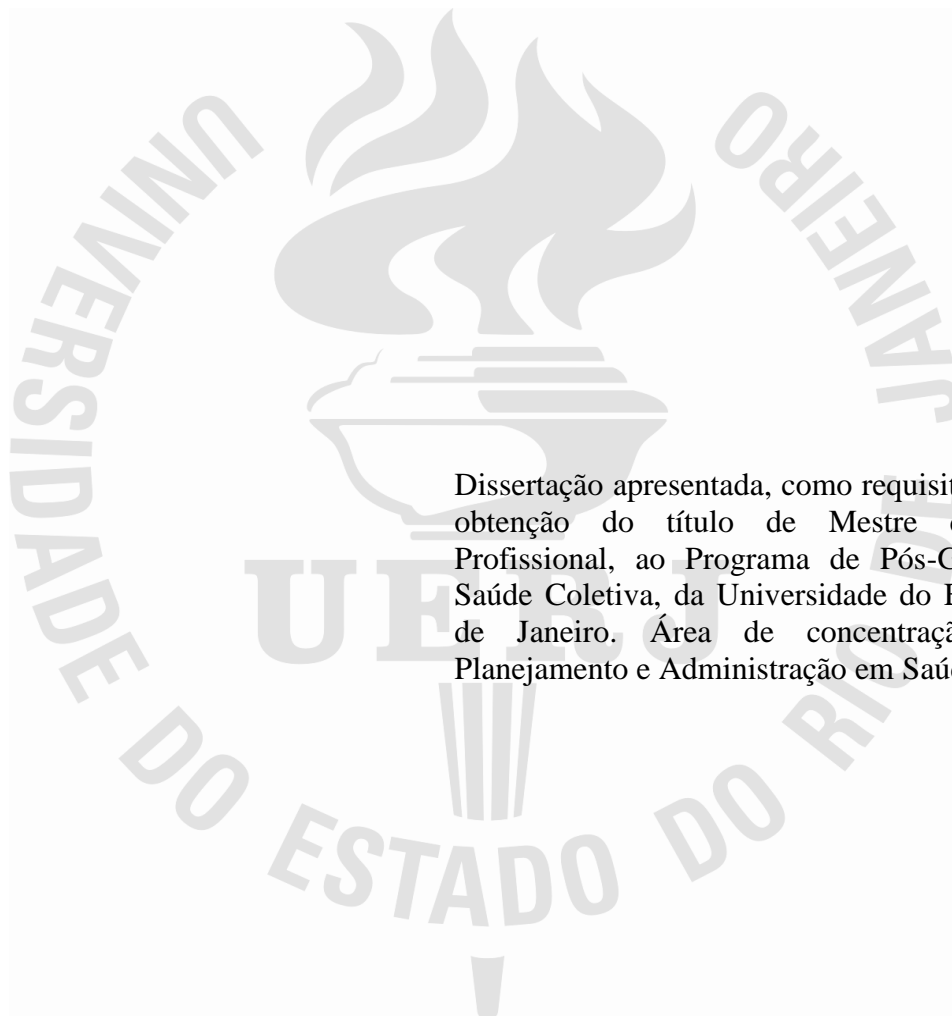
**A redução do absenteísmo de usuários em consultas de especialidades no  
SUS: a experiência de um instituto de referência no Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2022

Indaiara Ribeiro Cesário

**A redução do absenteísmo de usuários em consultas de especialidades no SUS: a  
experiência de um instituto de referência no Rio de Janeiro**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosana Kuschnir

Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C421 Cesário, Indaiara Ribeiro

A redução do absenteísmo de usuários em consultas de especialidades no SUS: a experiência de um instituto de referência no Rio de Janeiro / Indaiara Ribeiro Cesário. – 2022.

108 f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosana Kuschnir

Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz

Dissertação (Mestrado profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Assistência ambulatorial - Rio de Janeiro - Teses. 2. Absenteísmo – Teses. 3. Sistema Único de Saúde – Teses. 4. Acesso aos serviços de saúde – Teses. 5. Gestão em saúde - Teses. I. Kuschnir, Rosana. II. Levcovitz, Eduardo. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 614.39(815.3)

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Indaiara Ribeiro Cesário

**A redução do absenteísmo de usuários em consultas de especialidades no SUS: a  
experiência de um instituto de referência no Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 05 de maio de 2022.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosana Kuschnir  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ  
Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Mônica Silva Martins  
Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2022

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, Eva e Nilson, pelo amor, carinho, compreensão e acolhimento neste processo de aperfeiçoamento profissional.

## AGRADECIMENTOS

À minha família, que sempre me apoia nos meus estudos, por compreenderem os momentos de ausência. Aos meus pais, Eva e Nilson, que me apoiaram e acreditaram em todas as minhas escolhas, me incentivando a perseverar nos estudos. Aos meus irmãos, Lussandra e Wallace pelos estímulos, conselhos e apoios durante o mestrado. À minha cunhada, Aline, pelo apoio e pelas conversas propulsoras que despertaram meu interesse pela temática da dissertação.

À prof.<sup>a</sup> Rosana Kuschnir, orientadora, e ao prof.<sup>o</sup> Eduardo Levcovitz, coorientador, pela paciência, incentivo e ensinamentos durante essa trajetória.

Aos membros da banca de qualificação e defesa pela disponibilidade e pelas valorosas contribuições.

Aos professores e colegas do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro agradeço pelo aprendizado compartilhado, pela rica troca de vivências durante todos os momentos que compartilhamos neste tempo de convívio.

A todos do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione pelas contribuições na elaboração da dissertação. Meu agradecimento especial para equipe do Serviço Social, cujo apoio, em todos os momentos, foi essencial para conclusão desta jornada.

Aos amigos, pela paciência de compreenderem todos momentos de ausência devido ao mestrado e pelo estímulo a continuar minha trajetória acadêmica.

## RESUMO

CESÁRIO, Indaiara Ribeiro. **A redução do absenteísmo de usuários em consultas de especialidades no SUS**: a experiência de um instituto de referência no Rio de Janeiro. 2022. 108 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O absenteísmo do usuário aos atendimentos programados é apontado como um dos principais problemas enfrentados na gestão do Sistema Único de Saúde em todos os níveis de atenção. O objeto de pesquisa foi o absenteísmo ambulatorial em consultas especializadas no SUS na perspectiva do acesso e utilização de serviços, a partir da experiência do Projeto de Intervenção do Serviço Social em casos de absenteísmo em consultas subsequentes, ocorrido no período de 2018 a 2020, no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE). O objetivo principal do estudo foi propor estratégias para redução do absenteísmo dos usuários nos atendimentos subsequentes em unidades públicas de saúde especializadas. Buscou-se contribuir com a reflexão sobre a dimensão do acesso e o absenteísmo dos usuários na unidade especializada de saúde pública, diante da análise da situação-problema e da intervenção no estabelecimento de saúde. Por meio da pesquisa descritiva exploratória foi realizada a descrição e análise dos fluxos de acesso ao IEDE e descrição do Projeto de Intervenção, bem como a apresentação e discussão dos seus resultados. Os resultados do presente estudo, confirmaram a relação intrínseca entre a oportunidade de acesso e a concretização da utilização dos serviços de saúde com o absenteísmo do usuário. As causas apresentadas pelos usuários sobre a situação de absenteísmo foram identificadas como barreiras de acesso aos serviços, no qual seus aspectos ultrapassam a questão individual e abarcam a instituição e as políticas públicas, inclusive de saúde, como por exemplo, o trabalho e a falta de recursos financeiros, cuja solução destas problemáticas depende principalmente de políticas públicas intersetoriais e reorganização institucional. Ao final foi proposto estratégias para redução do absenteísmo dos usuários nos atendimentos subsequentes na unidade pública de saúde especializada.

Palavras-chave: Absenteísmo. Sistema Único de Saúde. Assistência ambulatorial. Acesso aos Serviços de Saúde. Gestão em Saúde.

## ABSTRACT

CESÁRIO, Indaiara Ribeiro. **Reducing user absenteeism in specialty appointments at SUS: the experience of a reference institute in Rio de Janeiro.** 2022. 108 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The absenteeism of users to scheduled appointments is pointed out as one of the main problems faced in the management of the Unified Health System at all levels of care. The object of the research was the outpatient absenteeism in specialty appointments in the SUS from the perspective of access and use of services, from the experience of the Social Service Intervention Project in cases of absenteeism in subsequent appointments, which occurred in the period from 2018 to 2020, at the Luiz Capriglione State Institute of Diabetes and Endocrinology (IEDE). The main objective of the study was to propose strategies for reducing user absenteeism in subsequent appointments in specialized public health units. The aim was to contribute to the reflection on the dimension of access and user absenteeism in specialized public health units, by analyzing the problem situation and intervening in the health facility. Through descriptive exploratory research, the description and analysis of the access flow to the IEDE and description of the Intervention Project were carried out, as well as the presentation and discussion of its results. The results of the present study confirmed the intrinsic relationship between the opportunity of access and the realization of the use of health services with user absenteeism. The causes presented by users regarding the situation of absenteeism were identified as barriers to accessing services, in which their aspects go beyond the individual question and encompass the institution and public policies, including health policies, such as work and the lack of financial resources, whose solution to these problems depends mainly on intersectoral public policies and institutional reorganization. In the end, we proposed strategies to reduce user absenteeism in subsequent visits to the specialized public health unit.

Keywords: Absenteeism. Unified Health System. Outpatient care. Access to Health Services. Health Management.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Clínicas e Serviços do IEDE e tipo de oferta de vagas.....	36
Gráfico 1 –	Profissionais que atendem ao SUS, segundo ano/mês de processamento, no IEDE, RJ, 2017-2020.....	38
Figura 1 –	Fluxo do primeiro acesso do usuário aos serviços do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia .....	42
Gráfico 2 –	Números absolutos e percentuais de vagas ofertadas à população para consultas de primeira vez no SISREG – IEDE, RJ, janeiro/ junho 2021.....	45
Figura 2 –	Números absolutos e percentuais de vagas ociosas para consultas de primeira vez pelo SISREG - IEDE, RJ, janeiro/ junho 2021.....	46
Figura 3 –	Números absolutos e percentuais de absenteísmo do usuário em marcações de consultas de primeira vez pelo SISREG - IEDE, RJ, janeiro/junho 2021.....	47
Quadro 2 –	Agendas de primeira vez pactuadas e inseridas no SISREG - IEDE, RJ, janeiro/ junho 2021.....	49
Gráfico 3 –	Números absolutos e percentuais de vagas ofertadas à população para consultas internas – IEDE, RJ, janeiro/ junho 2021.....	55
Figura 4 –	Números absolutos e percentuais de vagas internas ociosas - IEDE, RJ, janeiro/junho 21.....	56
Figura 5 –	Fluxograma da intervenção do projeto para casos de absenteísmo.....	63
Gráfico 4 –	Percentual de usuários residentes por município na Região de Saúde Metropolitana I inseridos no Projeto de Intervenção do Serviço Social em casos de absenteísmo, 2018-2020.....	68
Figura 6 –	Barreiras de utilização do serviço de saúde analisadas em três níveis, no Projeto de Intervenção do Serviço Social do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, 2018-2020.....	70
Gráfico 5 –	Quantitativo anual de casos de absenteísmo encaminhados para o Projeto de Intervenção no IEDE, 2018-2020.....	78
Gráfico 6 –	Quantitativo de retomada ao tratamento na unidade dos usuários inseridos no projeto, 2018-2020.....	79

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Serviços e clínicas de endocrinologia que disponibilizaram consultas de primeira vez no SISREG, do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, RJ, janeiro/ junho 2021.....	44
Tabela 2 – Números absolutos e percentuais das agendas de primeira vez pactuados e inseridos no SISREG - IEDE, RJ, janeiro/ junho 2021.....	48
Tabela 3 – Mediana do tempo no estado do Rio de Janeiro através do SISREG para atendimentos de primeira vez, segundo as clínicas do IEDE, RJ, janeiro/ junho 2021.....	52
Tabela 4 – Números absolutos e percentuais das agendas de primeira vez pactuados e inseridos no SER - IEDE, RJ, janeiro/ junho 2021.....	53
Tabela 5 – Perfil demográfico dos usuários inseridos no Projeto de Intervenção do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, Rio de Janeiro – RJ, 2018-2020.....	67
Tabela 6 – Frequências das causas de absenteísmo identificadas no Projeto de Intervenção do Serviço Social, do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, 2018-2020.....	69
Tabela 7 – Forma de comunicação no primeiro contato com o usuário no Projeto de Intervenção do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, Rio de Janeiro – RJ, no período de 2018 a 2020.....	75
Tabela 8 – Quantitativo de retorno à assiduidade a partir da forma de comunicação no primeiro contato com o usuário no Projeto de Intervenção do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, Rio de Janeiro – RJ, 2018-2019.....	80
Tabela 9 – Número absoluto e percentual dos atendimentos agendados e das faltas dos usuários no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, Rio de Janeiro – RJ, 2017 a 2020.....	81

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE-RJ	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
AME	Ambulatórios Médicos de Especialidades
AMIG	Ambulatório Multiprofissional de Identidade de Gênero
APS	Atenção Primária à Saúde
BAM	Boletim de Atendimento Médico
BR	Brasil
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CEOMA TN/RJ	Centro Estadual Operacional de Monitoramento e Acompanhamento em Triagem Neonatal no estado do Rio de Janeiro
CI	Comunicado Interno
CIB	Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro
COOPES	Coordenação de Pesquisa
DM	Diabetes Mellitus
DOM	Doença Osteometabólica
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEDE	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione
IMC	Índice de Massa Corpórea
IMS	Instituto de Medicina Social
MAC	Média e Alta Complexidade
NAN	Núcleo de Atendimento Neonatal
NIR	Núcleo Interno de Regulação
PAB	Piso de Atenção Básica
PNTN	Programa Nacional da Triagem Neonatal
PPI	Programa Pactuada Integrada
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RJ	Rio de Janeiro
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico

SER	Sistema Estadual de Regulação
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SRTN	Serviço de Referência em Triagem Neonatal
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SOTAM	Serviço de Obesidade, Transtornos Alimentares e Metabologia
SUPES	Superintendência de Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	15
1	<b>OBJETIVOS.....</b>	18
1.1	<b>Objetivo geral .....</b>	18
1.2	<b>Objetivos específicos.....</b>	18
2	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	19
2.1	<b>Desenvolvimento do estudo.....</b>	19
2.2	<b>Organização da dissertação.....</b>	21
2.3	<b>Considerações éticas.....</b>	22
3	<b>ACESSO, UTILIZAÇÃO E ABSENTEÍSMO DO USUÁRIO.....</b>	23
3.1	<b>Acesso e utilização de serviços de saúde.....</b>	23
3.2	<b>Aspectos do absenteísmo em serviços de saúde.....</b>	27
4	<b>O INSTITUTO ESPECIALIZADO E SEUS FLUXOS ASSISTENCIAIS.....</b>	34
4.1	<b>Perfil do instituto especializado.....</b>	34
4.1.1	<u>Capacidade instalada.....</u>	35
4.1.2	<u>Recursos Humanos.....</u>	38
4.2	<b>Acesso aos serviços do IEDE.....</b>	39
4.2.1	<u>Ofertando vagas ao SISREG em 2021.....</u>	43
4.2.1.1	A oferta de vagas.....	43
4.2.1.2	Vagas ociosas .....	44
4.2.1.3	Absenteísmo à primeira consulta .....	46
4.2.1.4	Análise da ociosidade e do absenteísmo à primeira consulta nos serviços ..	47
4.2.1.5	Filas de espera .....	51
4.2.2	<u>Ofertando vagas ao SER.....</u>	52
4.2.3	<u>Fluxos de consultas subsequentes .....</u>	54
4.2.3.1	Marcação de consultas .....	54
4.2.3.2	Ofertas e utilização de vagas internas.....	55
5	<b>PROJETO DE INTERVENÇÃO EM CASOS DE ABSENTEÍSMO DO USUÁRIO ÀS CONSULTAS SUBSEQUENTES.....</b>	58
5.1	<b>Projeto anterior realizado no IEDE .....</b>	58

5.2	<b>Elaboração do Projeto 2018-2020</b> .....	60
5.3	<b>Desenvolvimento do Projeto</b> .....	62
5.3.1	<u>Instrumento de coleta e armazenamento de dados</u> .....	65
6	<b>RESULTADOS</b> .....	67
6.1	<b>Perfil dos usuários</b> .....	67
6.1.1	<u>As causas do absenteísmo apresentadas pelos usuários</u> .....	69
6.2	<b>Intervenções do Projeto</b> .....	75
6.3	<b>Resultados do Projeto</b> .....	76
6.4	<b>Análise e produtos do Projeto</b> .....	81
6.5	<b>Propostas de estratégias para o enfrentamento do absenteísmo de usuários no IEDE</b> .....	85
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	90
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	94
	<b>ANEXO A</b> - Termo de anuência institucional.....	103
	<b>ANEXO B</b> - Anuência da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.....	104
	<b>ANEXO C</b> - Critério de acesso ao IEDE: diagnósticos confirmados.....	105
	<b>ANEXO D</b> - Agendas de primeira vez pactuadas e inseridas no SISREG de Serviço e Clínicas do IEDE, RJ, jan./jun. de 2021.....	109
	<b>ANEXO E</b> - Planilha de armazenamento de dados do Projeto de Intervenção.....	110

## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (Nº 8080/90 e 8149/90) garantem aos cidadãos brasileiros o direito ao acesso universal e igualitário aos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS). O Estado assume o papel de garantir o direito à saúde a partir da formulação e execução de políticas sociais e econômicas que objetivem a redução do risco do adoecimento e outros agravos (BRASIL, 1990a). Logo, garantir saúde compreende o acesso às ações e serviços planejados, organizados e executados pelo Sistema Único de Saúde (COSEMS-RJ; LAPPIS/IMS/UERJ, 2019) em consonância com as políticas públicas de outras áreas, visando a qualidade de vida da população.

A literatura evidencia a existência de barreiras de acesso e de continuidade ao tratamento dos usuários nos serviços públicos de saúde, cujas causas perpassam fatores estruturais, financeiros e de gestão (SIQUEIRA, 2018). A dificuldade no acesso aos serviços de média complexidade é apontada como um dos principais entraves na garantia da integralidade na atenção à saúde (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010), pois o cenário das filas de espera para consultas e exames fazem parte do cotidiano do usuário que busca tratamento especializado no SUS.

O alto índice de absenteísmo do usuário aos atendimentos programados é apontado como um dos principais problemas enfrentados na gestão do Sistema Único de Saúde em todos os níveis de atenção. A ausência do usuário nos atendimentos reflete na capacidade clínica e de gestão, pois a ociosidade dos profissionais e equipamentos da unidade de saúde traz implicações na resolutividade nas demandas da saúde.

O paradoxo na restrição do acesso e continuidade ao tratamento nos serviços de saúde se faz presente diante do contexto da fila de espera com a demanda da população pelos atendimentos superior à oferta de vagas nos serviços. Ao mesmo tempo, em todos os níveis de assistência à saúde existem evidências sobre as elevadas taxas de usuários faltosos (SILVEIRA, 2013).

A abordagem sobre a ausência do usuário nos atendimentos agendados deve ser feita com prudência, pois o absenteísmo é uma barreira de cobertura e acesso, no entanto o usuário faltoso também pode ser resultado das barreiras de acesso aos serviços, visto que as faltas aos atendimentos agendados podem ser influenciadas pelos aspectos de condições individuais, institucionais e da política de saúde (FARIAS et al., 2020).

O Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE) é uma unidade pública de saúde estadual de média complexidade, localizado no município do Rio de Janeiro, pertencente a Região de Saúde Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro. O instituto é referência para doenças endócrino-metabólicas, no qual são desenvolvidas atividades de assistência, ensino e pesquisa com ênfase em endocrinologia, diabetologia, metabologia e nutrição. O perfil de atendimento é ambulatorial, internação e serviço de apoio diagnóstico terapêutico (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2021). Os acessos dos usuários aos serviços do IEDE acontecem via Sistema de Regulação (SISREG) e Sistema Estadual de Regulação (SER), quando inseridos através das Unidades Básicas de Saúde quando moradores do município do Rio de Janeiro e Secretarias Municipais de Saúde quando residentes de outros municípios.

A experiência do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE) na ação para atenuação do absenteísmo dos usuários, ocorrida a partir de 2018, me permitiu ter acesso a um modelo de intervenção, cujo foco foi o direito ao acesso ao serviço e humanização no atendimento, superando a perspectiva de os atendimentos aos usuários serem vistos apenas como números de produção e custos. A idealização do projeto ocorreu no ano de 2017, quando as chefias dos serviços relataram na reunião do Comitê Gestor o aumento do absenteísmo ambulatorial, ressaltando a relevância da temática. Apesar de não disponibilizar no período dados oficiais compilados sobre o índice de absenteísmo no IEDE, houve a compreensão da necessidade de realizar alguma ação em relação ao problema apresentado.

Intitulada como Projeto de intervenção do Serviço Social nos casos de absenteísmo do usuário, a iniciativa foi coordenada e executada pela equipe de Serviço Social e contou com o aporte da equipe multiprofissional dos serviços da unidade, sendo desenvolvida no período de 2018 a 2020.

A participação na elaboração e execução do projeto de intervenção nos casos de absenteísmo dos usuários, enquanto assistente social e mestranda em saúde coletiva na área de concentração em política, planejamento e administração, me proporcionou um olhar privilegiado e a compreensão sobre o impacto das ações no âmbito institucional se tornam cruciais na continuidade do tratamento. A ausência do usuário às consultas agendadas prejudica a continuidade da assistência, assim como causa impacto no atendimento da demanda em saúde da população e desperdício dos recursos públicos (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; GONÇALVES et al., 2015).

Há uma carência de produções sobre o absenteísmo na rede de saúde especializada no estado do Rio de Janeiro, tanto no âmbito acadêmico quanto de ação de governo. Diante



disto, este estudo busca contribuir com a reflexão sobre a dimensão do acesso e o absenteísmo dos usuários nas unidades públicas especializadas, sob a ótica da análise global da situação-problema e da intervenção no estabelecimento de saúde, em busca de possíveis soluções para atenuação das faltas nos atendimentos programados. Além disto, a reflexão sobre a temática sob a perspectiva do acesso aos serviços é necessária para desfazer o estereótipo sobre o absenteísmo, visto que a tendência é culpabilizar o usuário faltoso e não são reconhecidas as barreiras de acesso e continuidade ao tratamento.

O presente estudo, a partir da experiência do IEDE, tem como objetivo principal a elaboração de propostas de estratégias para redução do absenteísmo de usuários nos atendimentos subsequentes nas unidades públicas de saúde especializada. O trabalho será conduzido através da discussão sobre os conceitos de absenteísmo presentes na literatura temática, dialogando-se com a análise aprofundada do absenteísmo no IEDE e com o projeto de intervenção lá desenvolvido. Como questão chave do estudo, temos: “como reduzir o absenteísmo dos usuários nos atendimentos ambulatoriais subsequentes na unidade pública de saúde especializada?”

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 Objetivo geral**

Propor estratégias para redução do absenteísmo dos usuários nos atendimentos subsequentes em unidades públicas de saúde especializadas.

### **1.2 Objetivos específicos**

- Descrever e analisar os fluxos de acesso ao Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE);
- Descrever o projeto de intervenção para redução do absenteísmo de usuários instituído no IEDE no período 2018-2020;
- Apresentar e discutir os resultados do projeto para diminuição de absenteísmo dos usuários do IEDE;
- Apresentar e discutir limites e possibilidades das estratégias de intervenção utilizadas no IEDE.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

O método foi definido como o condutor na formulação da articulação entre a teoria e a realidade (MINAYO; SANCHES, 1993). Assim, ao utilizar como referência Gil (2019), o tipo de estudo realizado foi de caráter exploratório e descritivo, cujo objeto de pesquisa foi o absenteísmo ambulatorial em consultas especializadas no SUS, a partir da experiência do Projeto de Intervenção do Serviço Social em casos de absenteísmo em consultas subsequentes, ocorrido no período de 2018 a 2020, no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE).

Escolheu-se o método exploratório como a primeira etapa da investigação (GIL, 2019), por se adequar melhor às necessidades do estudo, uma vez que possui como objetivo oferecer a visão geral acerca da relação do absenteísmo do usuário com os entraves no acesso e utilização dos serviços de saúde.

Enquanto a utilização do método descritivo buscou estabelecer a relação entre os aspectos presentes na pesquisa e na definição da sua natureza (GIL, 2019), através do estudo das características dos fluxos assistenciais e os aspectos do absenteísmo ambulatorial encontrado na descrição e análise do Projeto de Intervenção no IEDE ocorrido período de 2018 a 2020.

### 2.1 Desenvolvimento do Estudo

O referencial teórico aborda os temas absenteísmo, acesso e utilização de serviços públicos de saúde e foi elaborado através de uma revisão da literatura realizada a partir do seguinte questionamento: Quais são os conceitos utilizados? O levantamento dos dados ocorreu no mês de maio de 2021, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo e Google Acadêmico. Os descritores utilizados foram: “absenteísmo paciente”; “paciente faltoso”; “absenteísmo ambulatorial”; “acesso aos serviços públicos de saúde”. Foram selecionados e analisados 33 produtos que contribuíram para a compreensão sobre o tema e foram relevantes para o desenvolvimento da dissertação.

Ao considerar que o Projeto de Intervenção ocorreu no IEDE, mostrou-se necessário descrever o perfil deste instituto para compreensão do contexto institucional frente ao

absenteísmo ambulatorial. O perfil do IEDE foi construído a partir do levantamento de informações que constam em documentos governamentais, de domínio público, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e da Fundação Saúde, dentre os quais estão: o contrato de gestão da Fundação Saúde (RIO DE JANEIRO, 2021b); o termo de referência Fundação Saúde (RIO DE JANEIRO, 2017a); carta de serviço aos usuários (RIO DE JANEIRO, 2018b); Book do Planejamento Estratégico do IEDE 2020-2023 (RIO DE JANEIRO, 2019) e Diagnóstico Regional Atualizado – Região de Saúde Metropolitana I (RIO DE JANEIRO, 2020a). Diante das lacunas encontradas nas informações disponibilizadas, foi necessária a ampliação da busca através de outras fontes como a documental de comunicação de massa (jornais e revistas em formato digitais) e fontes de estatísticas oficiais (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Observatório de Política e Gestão Hospitalar).

Conhecer as características de acesso e utilização dos serviços do IEDE através da análise dos fluxos assistenciais é essencial na investigação sobre as expressões do absenteísmo dos usuários no IEDE. Neste estudo foram analisados os fluxos assistenciais do IEDE, a oferta e utilização das vagas do primeiro acesso ao IEDE e a oferta e utilização pelos usuários já inscritos.

O fluxo assistencial de oferta e utilização das vagas de acesso ao IEDE foi traçado a partir de dados do Sistema de Regulação (SISREG) disponibilizados pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR-IEDE). Diante da ausência desses dados nos anos de vigência do Projeto de Intervenção, foram utilizados dados dos meses de janeiro a junho de 2021, devido a compreensão da relevância desta análise para o estudo e à ausência de tempo hábil para buscar outras fontes para análise. As informações foram disponibilizadas em planilha digital do programa da Microsoft Excel®, a partir da qual houve a sistematização dos dados para extração de informações fundamentais sobre a oferta e utilização de vagas do IEDE no SISREG, que auxiliaram na descrição e análise do acesso a primeira consulta do usuário no instituto agendados pelo SISREG.

Além destas informações disponibilizadas pelo NIR-IEDE, foram extraídas informações complementares dos *sites* de transparência do SISREG (RIO DE JANEIRO, 2022a) e do SER (RIO DE JANEIRO, 2022b), onde foi possível saber sobre fila de espera ambulatorial (SISREG), critérios de acesso aos serviços (SISREG) e absenteísmo do usuário (SER).

As informações sobre fluxo assistencial de vagas internas foram acessadas através do Sistema Klinikos, do qual foram extraídos dados sistematizados do primeiro semestre de 2021, sobre a disponibilização das vagas por clínica de atendimento e a marcação de

consultas. Destaca-se que não houve análise sobre a fila de espera para vagas na marcação de consulta interna, pois o IEDE não disponibiliza essa informação.

Para alcançar o entendimento sobre a relevância da iniciativa do Projeto de Intervenção para o instituto e para fins de comparação, foi realizado levantamento, através de documentos institucionais disponíveis, sobre possíveis ações interventivas nos casos de absenteísmo do usuário ocorridos no período anterior ao ano de 2018. Em seguida, foi realizada a descrição do Projeto de Intervenção, no qual as fontes principais foram os documentos institucionais: o caderno do Projeto de Intervenção e os dois relatórios anuais do projeto (2019-2020). Minha participação no processo de elaboração e desenvolvimento no projeto auxiliou no direcionamento sobre a sua linha do tempo e contextualização, nos elementos que antecederam ao projeto.

Na descrição dos resultados do projeto foram utilizados os dados primários oriundos da planilha eletrônica simplificada dele, da qual foi necessário extrair as informações pertinentes ao estudo e sistematizá-las elaborando tabelas, gráficos e ilustrações, como forma de facilitar a interpretação das informações. Além disso, ao considerar que na ocasião da elaboração e desenvolvimento do projeto não houve disponibilidade de acesso ao quantitativo total de absenteísmo dos usuários nas consultas da unidade, o presente estudo buscou os dados internos para fins de análise comparativa, do período de 2017 a 2020, sobre a oferta de vagas, consultas marcadas, consultas realizadas e o absenteísmo, cuja fonte foi o Sistema Klinikos e documento institucional disponibilizado pelo setor de planejamento da unidade.

A análise do projeto de intervenção e seus resultados foi realizada a partir da apreciação dos dados do projeto apresentados ao decorrer deste estudo dialogando com o referencial teórico selecionado, que resultou na proposição de estratégias para redução do absenteísmo ambulatorial. Ou seja, diante das características do absenteísmo no IEDE e a rotinas na instituição foram discutidos os possíveis desenhos estratégicos para atenuação do absenteísmo.

## **2.2 Organização da dissertação**

Após a breve introdução desta dissertação, o primeiro capítulo apresenta os objetivos geral e específicos. O segundo apresenta o percurso metodológico e o desenvolvimento do estudo. No terceiro, como referencial teórico do estudo, são apresentados aspectos do acesso e

utilização dos serviços públicos de saúde, assim como realizada discussão dos conceitos e características do absenteísmo ambulatorial no Sistema Único de Saúde.

O quarto capítulo apresenta a descrição do IEDE, seus fluxos assistenciais e a oferta/utilização de vagas e absenteísmo referentes aos meses de janeiro a junho de 2021. No quinto, é descrito o Projeto de Intervenção do Serviço Social em usuários em situação de absenteísmo ocorrido no período de 2018 a 2020.

O capítulo cinco apresenta uma síntese dos primeiros achados do projeto de intervenção, procurando relacioná-los com o referencial teórico do presente estudo, além de propostas de estratégias para redução do absenteísmo do usuário. Por fim, apresentam-se as considerações finais, as referências bibliográficas e os anexos.

### **2.3 Considerações éticas**

As considerações éticas deste estudo atendem a Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, visto que o estudo utilizou como recurso de pesquisa o levantamento de dados públicos do sistema de informação e demais fontes de dados do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione. Os dados foram analisados de forma anônima e os resultados serão apresentados de forma sistematizada, sem possibilidade de identificação dos usuários, logo o projeto não precisou ser submetido previamente ao Comitê de Ética em Pesquisa.

O estudo possui anuência institucional do IEDE (ANEXO A), assim como, seguindo a Resolução SES Nº 2361/2021 possui a anuência da Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde - COOPES/SUPES/SES-RJ (ANEXO B).

### 3 ACESSO, UTILIZAÇÃO E ABSENTEÍSMO DO USUÁRIO

#### 3.1 Acesso e utilização de serviços de saúde

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), criado a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (n.º 8080/90 e 8149/90), garantiu aos cidadãos brasileiros o direito ao acesso universal e igualitário aos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Com isso, proporcionou-se a democratização das ações e serviços de saúde, que deixaram de ser limitados aos que contribuíam para a Previdência Social, convertendo-se no acesso irrestrito de toda a população (BRASIL, 2000).

A noção de universalidade abordada no SUS abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços, de modo que todos os cidadãos brasileiros possam acessar os serviços e ações em saúde de forma igualitária, sem qualquer tipo de barreira legal, econômica, física ou cultural (PAIM; SILVA, 2010; PONTES et al., 2009). Para Bahia (2012, p. 2878), o acesso é “uma chave essencial à efetivação do direito à saúde”, tanto que, após a universalização do acesso à saúde, houve a ampliação na procura de cuidados e atenção à saúde.

Ressalta-se que não existe consenso quanto à definição de acesso nas literaturas nacional e internacional, visto que o conceito sofre variações ao longo do tempo à medida que a sociedade evolui e manifesta novas necessidades (SÁNCHEZ; CICONELLI, 2012). As diversas abordagens de análise confirmam que o tema é de difícil mensuração, plural e complexo (ASSIS; JESUS, 2012; SÁNCHEZ; CICONELLI, 2012; TRAVASSOS; MARTINS, 2004), uma vez que o sentido e a abrangência podem variar no decorrer do tempo e conforme o contexto, de acordo com os autores (enfoque do conceito), assim como a terminologia empregada também pode apresentar variações (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Nessa perspectiva, o acesso é identificado como uma expressão polissêmica, com diferentes categorizações e interpretações de práticas sociais individuais e coletivas que não podem ser compreendidas como entidades fixas e imutáveis (BAHIA, 2012).

A definição de acesso passa pela liberdade do usuário de usufruir das ações e dos serviços de saúde – mediante a disponibilização dessas ações e serviços em circunstâncias que possibilitem o uso apropriado no tempo oportuno –, com o objetivo de ter as suas necessidades de saúde atendidas (ASSIS; JESUS, 2012; ROMERO et al., 2017; THIEDE;

MCINTYRE, 2008). Vale destacar, no entanto, que o acesso não se resume à obtenção de vagas para consultas, exames (BAHIA, 2012) e outros procedimentos. A Portaria n.º 4279/10, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, apresenta o fundamento conceitual de acesso como ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado (BRASIL, 2010). Assim, o acesso percorre um “conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabiliza a entrada de cada usuário, ou paciente, na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade, bem como em suas diversas modalidades de atendimento” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2011).

Os aspectos do acesso aos serviços de saúde são multidimensionais, determinados por fatores financeiros e não financeiros, que interagem com elementos intersetoriais relacionados à estrutura política do país (BELTRAME et al., 2019; SÁNCHEZ; CICONELLI, 2012; UNGLERT, 1990). Possui, portanto, um caráter social e político, presente na formulação e execução de políticas de saúde através da disponibilidade de serviços, organização, acessibilidade, acolhimento, atendimento às necessidades e aceitação da população usuária, na busca da resolubilidade da atenção nos níveis de complexidade do SUS (ASSIS; JESUS, 2012).

A Portaria n.º 4279/1, por sua vez, aponta que a análise de acesso deve ser realizada com base nos seguintes elementos: a) da disponibilidade, referente à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, seja no cenário de urgência/emergência, seja no atendimento eletivo; b) da comodidade, que concerne ao atendimento em tempo oportuno e à facilidade de contato com os profissionais, ao conforto dos ambientes para atendimento, entre outros; c) da aceitabilidade do serviço pelos usuários, no tocante à satisfação quanto à localização e à aparência do serviço e à aceitação quanto ao tipo de atendimento prestado e aos profissionais responsáveis pelo atendimento (BRASIL, 2010).

O acesso se revela como uma dimensão do desempenho do SUS relacionada à oferta de serviços, ou seja, é um determinante basilar do uso dos serviços e está intrinsecamente ligado à porta de entrada do atendimento no SUS (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Logo, o acesso constitui categoria-chave na análise das correlações entre usuários e serviços de diferentes níveis de assistência à saúde na continuidade do cuidado (SOUSA et al., 2014), por sua importância na concretização da integralidade do cuidado. Já a continuidade do cuidado depende de situações e contextos diferentes dos ocorridos na inserção do usuário ao atendimento no SUS, assim sendo, suas particularidades também devem ser analisadas (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).



A utilização dos serviços de saúde é compreendida como consumo efetivo do serviço de saúde (SANTOS, 2008), que representa o funcionamento dos sistemas de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). No entanto, é necessário distinguir o uso de serviços controlado pelo usuário (exames preventivos e iniciativa de buscar atendimento diante da doença) e o uso de serviço controlado dos profissionais, como por exemplo o médico (consultas subsequentes e medicação). A distinção reflete-se na utilização dos serviços, onde os usuários são mais vulneráveis às barreiras organizacionais e de recursos. Já os médicos são mais sujeitos a serem influenciados pela formação acadêmica, habilidades profissionais e a gravidade da doença (DUTTON, 1986).

Elemento de mensuração de acesso, a utilização não pode ser explicada apenas pelo uso do serviço, uma vez que se trata de um processo social, dinâmico e complexo, resultado do comportamento do cidadão e do profissional de saúde condutor da ação no sistema, buscando atender a uma condição de saúde específica, que engloba as necessidades de saúde, experiências do usuário, aspectos culturais, assim como o contexto da prestação de serviços de saúde e as condições da população (ADAY; ANDERSEN, 2008; PIÑERA et al., 2013; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Em suma, a utilização dos serviços de saúde é resultado das necessidades e do comportamento do indivíduo diante dos seus problemas de saúde, da disponibilidade de serviços e recursos para população, da forma de organização da estrutura administrativa e suas formas de financiamento (TRAVASSOS et al., 2000).

O modelo de organização da atenção à saúde no SUS é estruturado de forma hierárquica em Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade, denominado Rede de Atenção à Saúde (RAS). Sousa et al. (2014) elucidam que, para estruturação da RAS, o Ministério da Saúde propôs a criação de linhas de cuidado que promovessem a continuidade nos níveis de atenção. Desse modo, os autores reconhecem que a construção dessas linhas de cuidado refere-se ao caminho percorrido pelo usuário desde a sua entrada no SUS, caminhando por diversos serviços, o que garantiria a continuidade do acesso aos cuidados de saúde. Em seu estudo, Catelan (2018) apresenta o sistema de referência e contrarreferência como um instrumento de viabilização do acesso aos cuidados de saúde de acordo com o grau de complexidade, referência organizacional e geográfica.

A Atenção Básica é elemento chave na RAS, pois consiste na porta de entrada assistencial para os outros níveis do sistema, em virtude de seu papel estratégico na resolutividade dos problemas de saúde. Logo, é nesse nível da atenção que se ordenam e regulam os serviços especializados e hospitalares de maior complexidade tecnológica da

média e alta complexidade (CATELAN, 2018; COSEMS-RJ; LAPPIS/IMS/UERJ, 2019). Nesse sentido, a utilização pode ser caracterizada pela finalidade (ANDERSEN; NEWMAN, 2008), visto que as características de cada nível de atenção variam significativamente, a exemplo dos serviços preventivos como a imunização, que diferem dos tratamentos especializados.

Depois de três décadas da criação do SUS, cuja implantação e implementação foram amparadas por políticas e legislações, é possível identificar obstáculos de acesso dos usuários aos serviços públicos de saúde. Estudos apontam o acesso ao atendimento especializado de média complexidade como um gargalo no SUS, o que dificulta a concretização da universalidade e a integralidade da atenção à saúde. A dificuldade na garantia de acesso aos serviços especializados passa por: alta demanda da Atenção Especializada; baixa resolutividade da Atenção Básica; dimensionamento e organização da oferta dos serviços inadequados; processo de trabalho e interesses locais se sobrepõem as ações que visam a universalidade do acesso (ROMERO et al., 2017; SPEDO; PINTO; TANAKA., 2010).

Segundo Farias et al. (2020), as desigualdades de acesso aos serviços de saúde não estão associadas apenas ao nível socioeconômico dos usuários, mas também a fatores políticos e estratégicos adotados pela gestão local. Destarte, as barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde podem ser influenciadas tanto por aspectos relativos às relações e condições individuais como às instituições e políticas de saúde. Nessa perspectiva, os autores dividem as barreiras de acesso em três níveis diferentes: político-estrutural, organizacional e individual.

O nível político-estrutural relaciona-se ao âmbito das normas e tecnologias que determinam a dimensão e configuração de serviços (ANDERSEN; NEWMAN, 2008; FARIAS et al., 2020). Neste nível, as possíveis barreiras apresentadas estão relacionadas as dificuldades de acessar os cuidados de saúde associadas as políticas públicas insuficientes nas áreas social e econômica, bem como à ausência de ações intersetoriais que abarcaria a utilização dos serviços de saúde (FARIAS et al., 2020).

O nível organizacional está relacionado à organização e prestação de serviços de saúde (ANDERSEN; NEWMAN, 2008; FARIAS et al., 2020). As barreiras derivam de características dos serviços de saúde, como flexibilidade, disponibilidade de recursos e qualidade dos serviços prestados. A utilização das duas dimensões, recursos e organização, do sistema de serviços de saúde definidas por Andersen e Newman (2008) mostra-se relevante para análise das barreiras de nível organizacional. Destacam-se os seguintes aspectos:

- a) Recursos (volume e distribuição dos serviços): os profissionais de saúde, estrutura em que são prestados os serviços de cuidado de saúde e educação, assim como os equipamentos.
- b) Organização (acesso e estrutura): descrição sobre o que e como deve ser feito com os recursos, ou seja, refere-se a forma que recursos humanos e os equipamentos são coordenadas e controladas no processo de prestação de serviço.

O nível individual relaciona-se a características dos próprios usuários incluindo aspectos sociodemográficos, conhecimento, comunicação e motivação. As barreiras ocorrem a partir de características que atravessam motivações, interpretação da doença, conhecimento sobre o sistema de saúde, dentre outros (FARIAS et al., 2020). Os fatores individuais podem determinar os cuidados de saúde que o usuário receberá, mediante a escolha exercida através do nível da doença, a predisposição do usuário para usar os serviços de saúde e a oportunidade de uso. (ANDERSEN; NEWMAN, 2008; FARIAS et al., 2020).

Apesar das especificidades de cada nível considerado estarem bem delimitadas, elas não operam de forma independente, mas possuem o impacto cumulativo (DUTTON, 1986). Assim, as barreiras de acesso nos sistemas de saúde são “influenciadas tanto por aspectos mais restritos ao espaço singular das relações e condições individuais até o espaço mais geral que abrange as instituições e a política de saúde vigente” (FARIAS et al., 2020, p.9).

Um dos desafios para a organização dos serviços de saúde a partir dos princípios do SUS é a integralidade na assistência à saúde, estando as barreiras de acesso e as falhas na logística de atendimento ao usuário no SUS entre as principais causas desse problema. Estas estão diretamente ligadas à falta do usuário na consulta de primeira vez e nas consultas subsequentes, por exemplo, como aponta o estudo de Baptista et al. (2021) referindo-se à utilização inadequada de recursos, que causa prejuízos aos serviços e resulta no aumento das filas de espera e do tempo para remarcação de consultas. No contexto da média complexidade, a ausência do usuário nos atendimentos especializados programados interfere no planejamento da atenção, pois afeta os demais níveis de atenção na resolutividade, no quantitativo e na qualidade dos atendimentos.

### **3.2 Aspectos do absenteísmo em serviços de saúde**

O absenteísmo é um termo que possui diversos significados, que pode variar conforme o contexto aplicado. De acordo com Ferreira (2010), a palavra é derivada do francês *absentéisme*, onde o significado é o comportamento de uma pessoa que falta frequentemente ao compromisso ou um local, quando deveria estar presente. Apesar de ser constantemente utilizado para se referir ao âmbito dos recursos humanos, o termo foi relacionado com o acesso e utilização dos serviços na saúde pública recentemente (RODRIGUES et al., 2020). O estudo de revisão bibliográfica de Farias et al. (2020) indica que foi a partir do ano de 2010 que o absenteísmo do usuário de serviços de saúde passou a ser empregado de forma mais frequente no Brasil. Inclusive, o termo tem sido empregado em ações governamentais, como por exemplo no caso dos municípios de Três Rios (TRÊS RIOS, 2021) e Maceió (MACEIÓ, 2021).

O conceito de absenteísmo do usuário é o não comparecimento sem comunicação prévia às consultas e procedimentos agendados com a equipe, que representa um aspecto da adesão ao tratamento. Embora utilizado constantemente para remeter à aceitação e utilização de tratamento ou medicamento prescrito, a adesão tem como referencial fatores multicausais, que podemos destacar: o sistema de saúde; a organização da unidade de saúde; os profissionais (as pessoas e ao trabalho da equipe de saúde); os usuários (hábitos de vida, crença, hábitos culturais); os fatores socioeconômicos (aquisição de medicamentos); a doença (cronicidade e ausência de sintomas), o tratamento (efeitos indesejáveis das drogas) e o acesso ao tratamento (frequência regular às consultas e disponibilidade de serviços de diagnósticos clínicos e de imagem) (GUSMÃO; MION JUNIOR, 2006; REINERS et al., 2008; SANCHEZ; PIERIN; MION JUNIOR, 2004). Nesse sentido, a assiduidade do comparecimento às consultas agendadas é uma das possíveis formas de compreender um dos elementos que compõem a adesão do usuário ao tratamento (COELHO et al., 2005).

O absenteísmo do usuário é uma realidade na rede pública de saúde, que é apontado como um problema crônico nos atendimentos do SUS em todo o território brasileiro, em diversos níveis e tipos de atendimentos (BITTAR et al., 2016; CAMPOVILLE, 2019; OLESKOVICZ et al., 2014). A literatura aponta que nos estudos de caso realizados em todas as regiões do Brasil, as taxas de absenteísmo variam entre 12% e 39% (BELTRAME et al., 2019; CAMPOVILLE, 2019; CAVALCANTI et al., 2013; MAZZA et al., 2019; MONTEIRO et al., 2019; NEVES JUNIOR, 2017; OLESKOVICK et al., 2014; SANTOS, 2008; SILVA, 2013; SILVEIRA, 2013; SILVEIRA et al., 2018). Esta situação-problema na

assistência à saúde não é uma característica exclusiva do serviço público de saúde brasileiro, mas ocorre também em outros países, tanto no âmbito público quanto no privado. Estudos internacionais encontraram taxas de absenteísmo que variaram entre 13,2% e 43% nos continentes da África, América do Sul, Ásia, América do Norte, Europa e Oceania (DANTAS et al., 2018).

Apesar da relevância da temática, não há definição de parâmetro oficial sobre a taxa de absenteísmo aceitável no âmbito nacional e internacional, logo não existe um indicador que auxilie na medição balizadora para avaliação e monitoramento. Além disso, a complexidade da análise sobre o absenteísmo ultrapassa a percepção do olhar quantitativo, quando existe a imprescindibilidade de conhecer as causas do problema. A ausência do usuário no atendimento agendado deve ser analisada em suas várias dimensões, por envolver usuários, profissionais, estabelecimentos de saúde, gestão, organização, fluxos e processos de atendimento, bem como a acessibilidade e o processo de agendamento (BELTRAME et al., 2019; CATELAN, 2018).

O planejamento dos atendimentos aos usuários é fundamental na gestão em saúde, e o absenteísmo exerce a função de indicador de monitoramento na regulação de acesso ambulatorial (UNA-SUS, 2018). Os índices significativos de absenteísmo afetam diretamente a capacidade da clínica e de gestão (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; BITTAR et al., 2016; SUK et al., 2021), em virtude de a organização da assistência à saúde ser afetada pela ociosidade dos profissionais e equipamentos da unidade de saúde. Inclusive, estudos de avaliação de demanda e de oferta são prejudicados quando não analisadas as faltas dos usuários. Com relação a influência na resolutividade de demandas de saúde, a falta dos usuários acarreta perda da oportunidade de inserir um outro usuário no atendimento, bem como no aumento da fila de espera pelo serviço. Os autores Bender, Molina e Mello (2010) acrescentam o desperdício de recursos públicos referente aos gastos gerados pela ausência, quando poderia ser realocado ao atendimento de outra demanda evidenciando a subutilização do recurso público da saúde.

A fila de espera para o acesso ao tratamento no sistema de regulação indica um cenário em que a demanda da população é maior que a oferta de serviços. O período que o usuário aguarda na fila de espera pode ser determinado por diferentes fatores, que envolvem a gestão de serviços de saúde, a insuficiência de recursos, a imprecisão na inserção do sistema, até de fatores relacionados ao uso do serviço, como por exemplo, o absenteísmo ambulatorial (SILVEIRA, 2013; SIQUEIRA, 2018).

A ausência do usuário ao atendimento programado resulta no aumento no tempo de espera, visto que o estabelecimento terá o profissional e os serviços ociosos, enquanto outros cidadãos aguardam a sua vez para o diagnóstico e início do tratamento da doença. O aumento do tempo de espera propicia o aumento da demanda nas unidades de urgência e emergência, pois tanto a descontinuidade do tratamento do usuário faltoso, quanto o grande tempo de espera na fila podem causar o agravamento da doença, precisando assim buscar esses serviços de pronto atendimento. Silveira (2013) destaca que o cenário da fila de espera evidencia a existência do paradoxo entre as restrições ao acesso e à continuidade do cuidado à saúde nos níveis de assistência à saúde pública no Brasil e as taxas elevadas de usuários faltosos agendados.

A abordagem sobre o absenteísmo deve ser tratada com cautela devido à sua ambivalência. O usuário ausente no atendimento programado é uma barreira na ampliação da cobertura e do acesso dos cidadãos à assistência à saúde, de modo que contribui para limitações na garantia da atenção à saúde em todos os níveis de assistência. Em contraponto, a ausência do usuário pode ser resultado de outras barreiras de acesso aos serviços, dado que barreiras estruturais e organizacionais, que derivam da desigualdade na oferta de cuidados, da falta de recursos básicos de saúde, da insuficiência de financiamento e de barreiras geográficas. Portanto, as barreiras de acesso podem ser influenciadas pelos aspectos restritos ao espaço das relações e condições individuais e ao espaço que abrange as instituições e a política de saúde (FARIAS et al., 2020).

Os estudos de âmbito nacional indicam que as barreiras de acesso aos serviços estão intrinsecamente relacionadas ao contexto de cada território de residência dos usuários e aos condicionantes da utilização do serviço, influenciam as práticas de saúde e o uso dos serviços, podendo reduzir ou aumentar o número de usuários faltosos nas unidades públicas de saúde (FARIAS et al., 2020).

Já no contexto internacional, estudos apontam que as causas do absenteísmo vão variar conforme a realidade de cada país (MAZZA et al., 2019; FARIAS et al., 2020;). Segundo Mazza et al. (2019), por exemplo, na África do Sul o principal motivo foi o problema com o transporte, enquanto no Reino Unido foi o esquecimento do compromisso. Farias et al. (2020) também pedem cautela na análise das causas do não comparecimento dos usuários, levando em conta os diferentes modelos de atenção à saúde existentes em diferentes países, de forma que não utilizar generalizações, sem considerar sua influência nas peculiaridades no acesso e no uso dos sistemas de saúde.

Conforme assinalado anteriormente, a problemática do absenteísmo ocorre em todos os níveis de atenção à saúde, mas com especificidades de acordo com o perfil de atendimento, influenciando as causas das ausências aos atendimentos agendados. Em estudos realizados, o absenteísmo nas consultas agendadas no nível de atenção primária teve como principais causas apontadas pelos usuários: esquecimento; dificuldade para a liberação do trabalho; aspectos climáticos; aspectos socioculturais (não tinha com quem deixar a criança ou idoso); e agendamento em horários inoportunos (CARDOSO, 2019; IZECKSOHN; FERREIRA, 2014).

Além disso, cabe destacar uma causa que não apareceu na pesquisa bibliográfica, mas faz parte da realidade do Rio de Janeiro, a violência urbana. No estudo realizado por Borges et al. (2014) foi identificado que os usuários residentes em comunidades com alto índice de violência possuem dificuldade no acesso ao serviço, ou seja, já desistiram ou adiaram uma ida ao atendimento devido à violência na comunidade.

Na atenção especializada, os aspectos relacionados às causas do absenteísmo são distintos da atenção básica, visto que o perfil de serviço é diferenciado. O absenteísmo dos usuários na atenção especializada tem como principais causas: distância do local de atendimento; falta de disponibilidade financeira para pagamento do transporte; falta de acompanhante para a ida ao serviço de saúde; falta de liberação do trabalho; ausência de transporte; esquecimento do compromisso; e não ter com quem deixar a criança ou idoso dependente de seus cuidados (BITTAR et al., 2016; SANTOS, 2008; SILVA, 2013). Acrescentam-se às causas, os resultados dos exames não estarem prontos a tempo do atendimento agendado, quando o usuário falta por compreender que não deve ir à consulta enquanto não estiver de posse dos resultados do exame.

O não comparecimento às consultas agendadas nos serviços públicos de saúde traz reflexos para todos os níveis de atenção à saúde, com a descontinuidade do tratamento e o agravamento da doença. Na atenção básica, o absenteísmo tem como consequência o agravamento da doença e a necessidade de buscar os serviços especializados. Na atenção especializada, as consequências são atraso do tratamento adequado e aumento do tempo da fila de espera. O ponto de convergência entre os níveis de atenção sobre as consequências do absenteísmo nas consultas agendadas é a procura pelos serviços de urgência e emergência devido à rapidez no atendimento, mas causando a sobrecarga destes serviços. Quando diante da ausência do usuário, a programação da gestão não é cumprida e inviabiliza a resolutividade das necessidades de saúde.

Embora o absenteísmo possa ser considerado uma variável relevante para gestão, que deve ser observada e analisada na organização do modelo de assistência e no dimensionamento dos recursos humanos (SILVEIRA, 2013), a temática não está inserida na agenda de ações do planejamento do Ministério da Saúde. De acordo com Campoville (2019), a falta de um parâmetro dificulta o seu monitoramento a partir dos serviços e da gestão, na perspectiva do gerenciamento, organização e regulação do sistema. A hipótese é que o pouco interesse nesta temática está relacionada à culpabilização do usuário pela ausência ao atendimento agendado, ao compreender que a causa seria a falta de compromisso do usuário para com o tratamento.

A responsabilização dos usuários é uma postura habitual das equipes e de gestores que desconsideram outras explicações para a situação, tais como dificuldades geográficas, econômicas, sociais e culturais (CAMPOVILLE, 2019). Um exemplo é o Projeto de Lei do Executivo 23/2020 do município de Gravataí, localizado no Estado do Rio Grande do Sul, onde o Prefeito propõe um “valor caução” de trezentos reais a ser pago pelo usuário ou ao seu responsável legal, quando faltarem sem justificativa ao procedimento agendado pelo SUS. Além disto, o usuário só poderia remarcar a consulta se pagasse o “valor caução” (GRAVATAÍ, 2020). A ausência de ações de enfrentamento do absenteísmo é habitual nas unidades de saúde, apesar de ser uma temática importante na perspectiva de acesso do usuário aos serviços públicos e na gestão do SUS.

Na pesquisa bibliográfica ficou evidente a evolução na abordagem da temática na produção científica. De acordo com Catelan (2018), existe um número pequeno de produtos científicos no âmbito mundial, onde os pioneiros na publicação em periódicos indexados foram os Estados Unidos, ao iniciar a produção no final da década de 1980, enquanto que no Brasil ocorreram a partir da década de 2000. Na revisão bibliográfica, Catelan (2018) aponta que dentro da temática da ausência dos usuários em consultas programadas, os Estados Unidos possuem o maior quantitativo de produções científicas indexadas no mundo, seguido do Reino Unido e Brasil. As produções e pesquisas nacionais e internacionais intensificaram-se a partir do ano de 2010.

As produções nacionais e internacionais sobre absenteísmo dos usuários majoritariamente retratam um público específico definidos pela condição clínica de tratamento ou pelo perfil de usuário, estudos estes realizados principalmente com o método de estudos de caso, como crianças, diabéticos, odontologia, entre outros, que limitam análise global sobre a temática (BITTAR et al., 2016; CATELAN, 2018; DANTAS et al., 2018). Catelan (2018) reforça esta análise quando em seu estudo identifica que as produções



nacionais e internacionais acerca da Atenção Primária ocorrem em menor quantidade do que no nível secundário e terciário, ou seja, 86% da produção científica revisada pela autora estão direcionadas à atenção especializada. Além disso, observa-se uma distinção no tratamento do assunto conforme o nível de atenção do serviço de saúde. Nos serviços ambulatoriais especializados a abordagem ao assunto é direcionada a resultados de gestão, enquanto nos serviços básicos é conduzida na análise da integralidade do serviço de saúde.

## 4. O INSTITUTO ESPECIALIZADO E SEUS FLUXOS ASSISTENCIAIS

### 4.1 Perfil do instituto especializado

O IEDE foi criado no ano de 1967, mas foi a partir da Resolução SES/GAB 645/1991 que recebeu a classificação de “Centro Estadual de Referência para as atividades de Endocrinologia, Diabetologia, Metabologia e Nutrição”. É o único estabelecimento público de saúde do Brasil dedicado exclusivamente a essas especialidades (RIO DE JANEIRO, 2019).

O instituto é um órgão de gestão estadual, cuja administração é realizada pela Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro <sup>1</sup> desde dezembro de 2013, que na função de contratada pela SES/RJ deve utilizar os princípios de gestão, direcionando a assistência a partir dos parâmetros de qualidade por ela estabelecidos. (RIO DE JANEIRO, 2021b).

Localizado na Região de Saúde Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, no município do Rio de Janeiro, o estabelecimento público é especializado em endocrinologia e metabologia. As atividades executadas no estabelecimento abrangem os níveis de atenção básica, média e alta complexidade. Neste sentido, as formas de financiamento dos procedimentos são Piso de Atenção Básica (PAB), Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) e Média e Alta Complexidade (MAC).

O perfil de atendimento do instituto é de cuidado ambulatorial, internação e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2021), além de desenvolver ensino e pesquisa. As suas atribuições são o aprimoramento, atualização e a qualificação de profissionais e estudantes (médicos residentes, pós-graduandos e estagiários da área da saúde). No entanto, os atendimentos ocorrem em maior parte na área de assistência ambulatorial, de maneira que as internações são majoritariamente em situações de investigações diagnósticas mais complexas, que necessitem de suporte clínico intenso, estabilização e compensação metabólica; intervenções cirúrgicas; obesidade grave em preparo pré-operatório; programa de cirurgia bariátrica (pré e pós-operatório); transtorno alimentar com repercussões orgânicas e psiquiátricas graves, além da

---

<sup>1</sup> Criada através da Lei estadual nº 6304, em 28 de agosto de 2012, Fundação Saúde é uma entidade pública, de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que objetiva a gestão da saúde pública no Estado do Rio de Janeiro. Pertence à administração pública indireta, assim como é vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e atua em conformidade com as diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (FUNDAÇÃO SAÚDE, 2018).

educação em saúde de usuários sobre rotinas de tratamento da doença<sup>2</sup>. Desse modo, o serviço de diagnóstico e tratamento de endocrinopatias oferecido pelo IEDE proporciona o atendimento integral ao usuário através da consulta ambulatorial multiprofissional e a internação em enfermaria (RIO DE JANEIRO, 2019).

#### 4.1.1 Capacidade instalada

Na assistência hospitalar possui 29 leitos, dentre os quais leitos de: isolamento (01), cirurgia geral (04), clínica geral (16) e unidade pós-operatória (08). Salienta-se que a unidade não possui Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Na assistência ambulatorial possui 66 salas e boxes para atendimento clínicos e de apoio multiprofissional. Os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) contam com 19 salas, leitos e boxes para atendimentos para análises clínicas, exames de imagem e centro cirúrgico (RIO DE JANEIRO, 2021b).

O instituto está organizado em quatro serviços clínicos ambulatoriais, que são Obesidade, Transtornos Alimentares e Metabologia (SOTAM); Diabetes; Endocrinologia e Endocrinologia Pediátrica.

Além disso, também oferece o serviço de clínicas de apoio com especialidades médicas não relacionadas à endocrinologia; o serviço de apoio diagnóstico e terapia e o serviço de apoio multiprofissional (Enfermagem; Serviço Social; Psicologia; Nutrição; Unidade Pé Diabético/Fisioterapia; Fonoaudiologia e Odontologia).

O IEDE disponibiliza vagas para o Sistema Estadual de Regulação (SER)<sup>3</sup> e para o Sistema de Regulação (SISREG)<sup>4</sup> nos quatro serviços clínicos ambulatoriais, sendo que o SISREG é que possui maior quantitativo de clínicas e conseqüentemente maior número de vagas.

As vagas para clínicas e serviços de apoio possuem o direcionamento para os usuários já inseridos na unidade, de forma a auxiliar o tratamento, como pode ser observado no Quadro 1.

---

<sup>2</sup> Ocorre majoritariamente no Serviços de Diabetes, quando os usuários não apresentam controle da glicemia são internados para que ocorra investigação das causas, a redução da glicemia e educação em Diabetes.

<sup>3</sup> O Sistema Estadual de Regulação (SER) é para direcionado para consulta de alta complexidade, como por exemplo cirurgia cardíaca e câncer (RIO DE JANEIRO, 2022).

<sup>4</sup> O Sistema de Regulação (SISREG) é utilizado para solicitação de consultas de média e baixa complexidade (RIO DE JANEIRO, 2022).

Quadro 1 – Clínicas e Serviços do IEDE e tipo de oferta de vagas

(continua)

Serviços	Clínicas	Apenas vagas internas	Vagas no SISREG	Vagas no SER
<b>Serviço de Endocrinologia</b>	Andrologia		x	
	D. Osteometabólica Adulto		x	
	Endocrinologia feminina		x	
	Gestante da endocrinologia		x	
	Hipófise - adrenal		x	
	Tireoide - geral		x	
	Endocrinologia - proc. Transexualizador			x
	Tiroide - pós cirurgia	x		
	Tiroide neoplasia	x		
<b>Serviço de Diabetes</b>	Diabetes		x	
	DM1 maior de 18 anos		x	
	Gestante da diabetes		x	
	Neuropatia - diabética	x		
<b>Serviço Endocrinologia Pediátrica</b>	Crescimento		x	
	DM1 menor de 18 anos		x	
	Endocrinologia pediátrica		x	
	Obesidade infanto-juvenil		x	
	Obesidade infantil		x	
<b>Serviço de Obesidade, Transtornos Alimentares e Metabologia</b>	Cirurgia bariátrica -pós		x	
	Obesidade		x	
	Síndrome metabólica dislipidemia		x	
	Síndrome Metabólicas IMC<35		x	
	Cirurgia bariátrica - pré	x		
	Síndrome metabólica adolescente	x		
	Síndrome de Prader-willi	x		
	Transtornos alimentares	x		

Quadro 1 – Clínicas e Serviços do IEDE e tipo de oferta de vagas

(conclusão)

Serviços	Clínicas	Apenas vagas internas	Vagas no SISREG	Vagas no SER
<b>Clínicas de Apoio - Especialidades Médicas não relacionadas à endocrinologia</b>	Angiologia	x		
	Cardiologia	x		
	Cirurgia geral	x		
	Cirurgia plástica	x		
	Dermatologia	x		
	Genética	x		
	Infectologia	x		
	Nefrologia	x		
	Oftalmologia	x		
	Ortopedia	x		
	Pediatria	x		
	Proctologista	x		
	Psiquiatria	x		
	<b>Serviço de Apoio Multiprofissional</b>	Educação Física	x	
Enfermagem		x		
Fisioterapia		x		
Fonoaudiologia		x		
Nutrição		x		
Odontologia		x		
Psicologia		x		
Serviço Social		x		
Terapia Ocupacional		x		

Legenda: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1); Índice de Massa Corpórea (IMC).

Fonte: SISTEMA KLINIKOS, 2021.

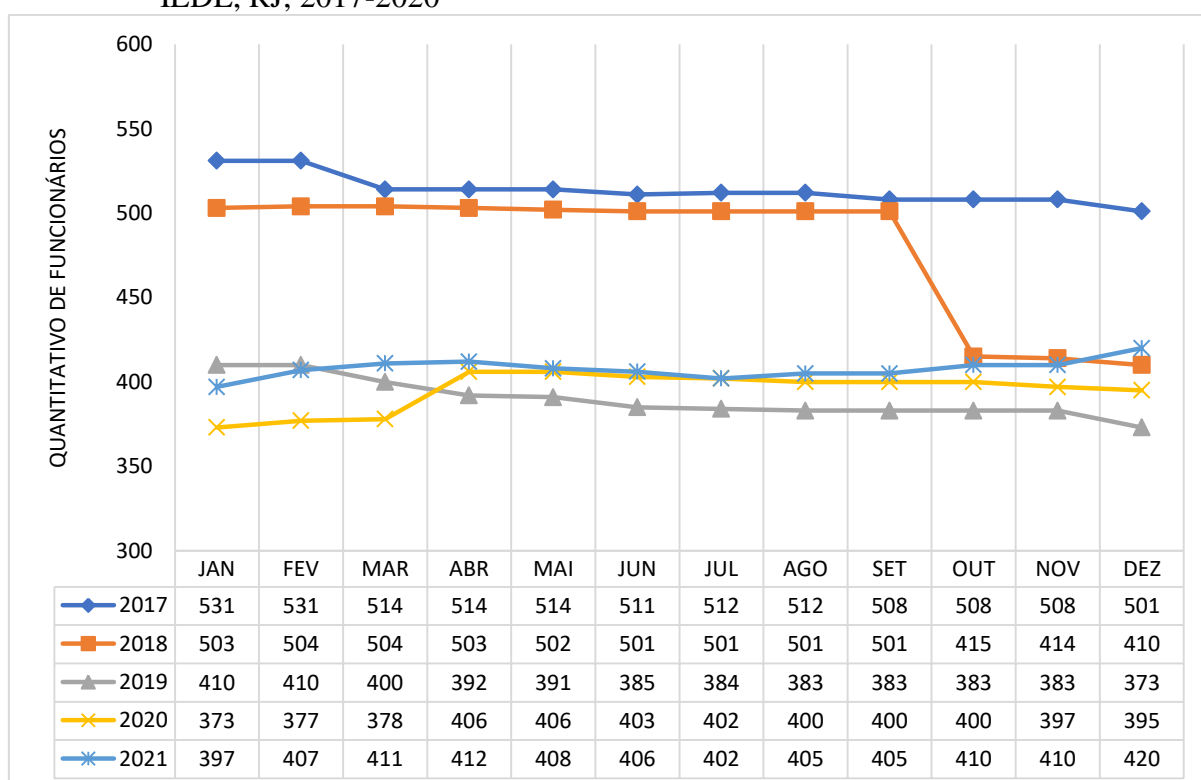
No Quadro 1 é importante salientar que nenhuma especialidade possui como porta de entrada exclusiva o SISREG, de forma que se o usuário do serviço necessitar de tratamento por algum especialista da unidade, o mesmo não precisará retornar à unidade básica para ser inserido no SISREG.

Os usuários advindos do SISREG/SER que passam pelo crivo do médico especialista responsável pela triagem, serão inseridos nos serviços do IEDE, e passarão a ser acompanhados nos ambulatórios especializados. Dos serviços internos disponibilizados na unidade, poderão também ser encaminhados para atendimentos internos de especialidades médicas não relacionadas à endocrinologia, serviço de apoio multiprofissional e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

#### 4.1.2 Recursos Humanos

Os recursos humanos são compostos por estatutários (servidor público do estado do Rio de Janeiro), empregados públicos (Fundação Saúde), contratos temporários e comissionados, totalizando 478 funcionários<sup>5</sup> (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2021). É importante compreender que o quantitativo supracitado está relacionado ao total de funcionários e é relevante diferenciar o número de funcionários que realizam atendimentos diretos aos usuários, conforme pode ser observado no gráfico 1.

Gráfico 1 – Profissionais que atendem ao SUS, segundo ano/mês de processamento, no IEDE, RJ, 2017-2020



Fonte: OBSERVATÓRIO DE POLÍTICA E GESTÃO HOSPITALAR, 2022.

No instituto foi encontrada oscilação no número de funcionários com perfil de atendimento direto aos usuários entre os anos de 2017 e 2021, conforme pode ser observado no gráfico 1. Neste período, o mês de janeiro de 2017 foi o momento em que o IEDE teve maior número de funcionários com esse perfil. O ano de 2018 apresentou a maior diminuição

<sup>5</sup> Referente ao mês de agosto de 2021 (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2021).

do quadro de funcionários, diante da queda abrupta entre os meses de setembro e novembro, resultando num ano de 2019 com o menor número de funcionários.

Os anos de 2020 e 2021 também apresentaram oscilações no decorrer dos meses, mas foram o único período em que houve aumento no quadro de funcionários na relação janeiro/dezembro. As causas não foram identificadas devido à necessidade de uma investigação específica, que não é o foco do presente estudo.

#### **4.2 Acesso aos serviços do IEDE**

O fluxo do primeiro acesso do usuário aos serviços do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia ocorre através das Unidades Básicas de Saúde (Clínica da Família, Postos de Saúde, Centros Municipais de Saúde etc.) ou Secretarias de Saúde de outros municípios do estado Rio de Janeiro.

Para o usuário ser direcionado ao IEDE precisa ser referenciado e cumprir uma série de pré-requisitos como critérios de acesso de prestadores, disponibilizados no SISREG, conforme descrito no ANEXO C. Os critérios clínicos de acesso, disponibilizados no Portal de Transparência SISREG da Prefeitura do Rio de Janeiro, requerem diagnóstico fechado e possuem especificações que na maioria das vezes necessitam de suporte de exames laboratoriais e de imagem específicos e de profissionais especializados para realizar diagnóstico (RIO DE JANEIRO, 2022a).

As solicitações de vagas na Central de Regulação ocorrem mediante o envio de laudos médicos para justificar o encaminhamento para o serviço especializado. Em seguida os documentos serão avaliados. De acordo com Protocolo para o Regulador da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2016b), no SISREG o processo de avaliação do encaminhamento para atendimento especializado é realizado pelo médico regulador, que possui quatro opções em relação aos critérios clínicos:

- Negar – por falta de critérios para o encaminhamento ou o usuário encaminhado para especialidade incompatível com o diagnóstico apresentado;
- Devolver – por falta de informações clínicas para subsidiar a decisão do regulador, então o pedido é devolvido para complementação de dados (o

usuário fica na lista de casos pendentes para regulação até que haja as informações complementares, assim como ficam invisíveis ao regulador);

- Deixar como pendente – o regulador está de acordo com encaminhamento, mas não há vagas, então o regulador deixa pendente para que posteriormente possa realizar a regulação do caso;
- Autorizar – o regulador autoriza o encaminhamento para consulta ambulatorial especializada.

Após a autorização do encaminhamento, conforme as agendas disponibilizadas e critérios das unidades de saúde, de acordo com o Protocolo para o Regulador da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, a Central de Regulação faz a marcação da consulta, no qual devem ser levado em consideração quatro questões: a) a unidade executante de preferência do solicitante; b) a unidade executante mais próxima da residência do usuário; c) a data adequada de acordo com o quadro clínico (tempo de espera); d) data possível de informar ao usuário sobre o agendamento (RIO DE JANEIRO, 2016b). A seguir, é realizada a devolutiva para unidade solicitante, que é responsável por informar ao usuário sobre o agendamento da consulta, bem como os documentos que precisam ser levados ao serviço especializado do atendimento agendado.

Ao comparecer ao IEDE para a primeira consulta, o usuário é atendido pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR)<sup>6</sup> do IEDE para conferência de documentos e confirmar ao SISREG a presença do usuário na unidade. Em seguida, o usuário recebe o Boletim de Atendimento Médico (BAM) para entregar ao médico na consulta de triagem, onde o médico avaliará se o diagnóstico inicial possui o perfil de tratamento na unidade, ou seja, se está de acordo com os critérios estabelecidos. Logo, de acordo com o resultado da avaliação é decidido se continuará o tratamento na unidade ou se será realizada uma contrarreferência para unidade de saúde que o encaminhou, conforme pode ser observado na Figura 1.

A consulta de triagem acontece com o intuito de ratificar a demanda do usuário quanto ao tratamento especializado na unidade, com a finalidade de identificar equívocos no encaminhamento para o IEDE.

---

<sup>6</sup> O Núcleo Interno de Regulação é uma unidade técnico administrativa que monitora o usuário desde a sua chegada à unidade, durante a internação e suas movimentações internas e externas, até a alta hospitalar. Dentre suas atribuições estão: a) responsabilidade da interlocução com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro sobre leitos disponíveis para internação; b) realizar interface com as Centrais de Regulação; c) Delinear o perfil de complexidade da assistência; d) Disponibilizar vagas de consultas ambulatoriais; e) Disponibilizar serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (RIO DE JANEIRO, 2021b)



O agendamento incorreto de consultas no SISREG é um aspecto que dificulta o acesso do usuário ao tratamento, pois “leva famílias a peregrinar pelas unidades de saúde buscando o serviço e/ou profissional que oferece o serviço compatível com a necessidade da criança” (SILVA; MOREIRA, 2021, p. 2219). No estudo sobre análise de acesso de crianças com condições crônicas complexas de saúde à atenção especializada no município do Rio de Janeiro, as autoras citam o agendamento incorreto de consultas associados à divergência entre a nomenclatura utilizada pelo SISREG e a compartilhada entre os profissionais da assistência na unidade básica de saúde, como fator relevante que resulta nos equívocos ocorridos no processo de encaminhamentos. E a falta de capacitação dos profissionais da regulação é apontado como um elemento importante na ocorrência dos erros, visto que existe pouca clareza sobre o operacional do sistema somado a nomenclatura das unidades e serviços prestadores não sé autoexplicativa (SILVA; MOREIRA, 2021).

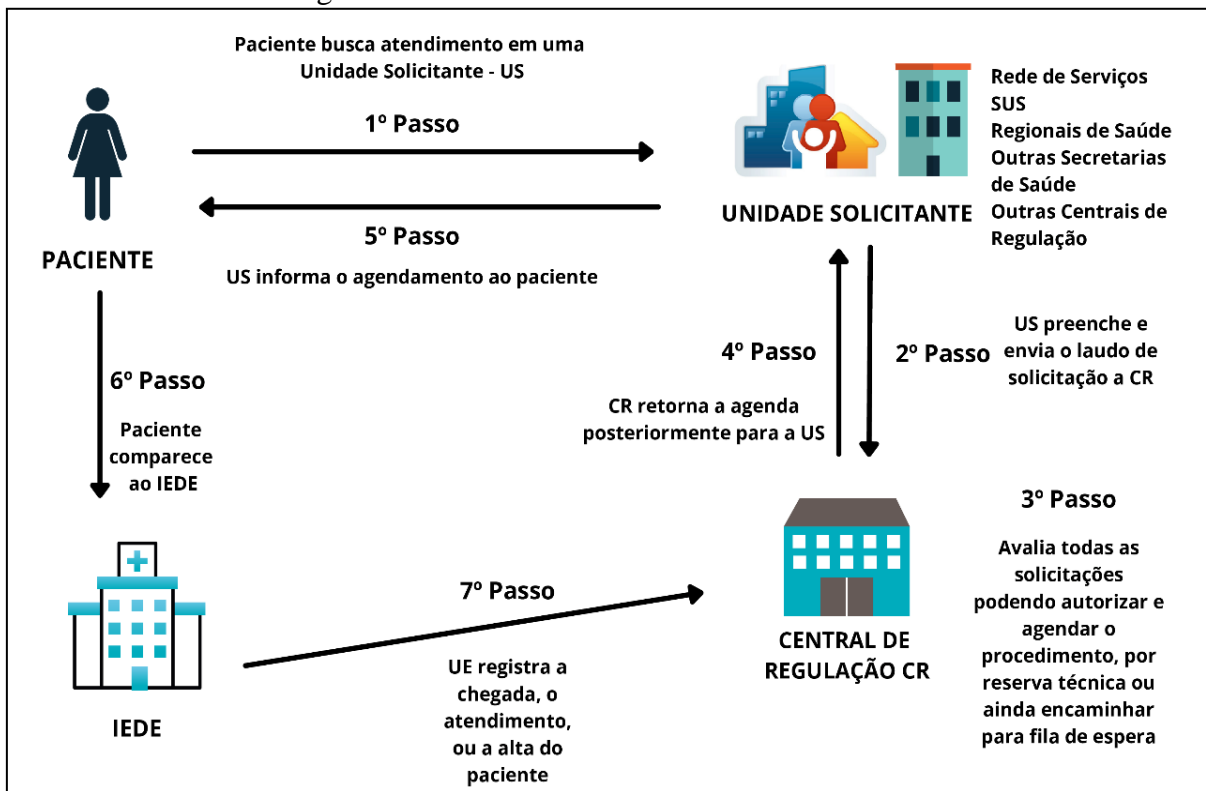
O não preenchimento do encaminhamento médico com a história clínica de forma correta e legível (em folha de referência/contrarreferência) pode ocasionar na dificuldade no acesso ao tratamento, visto que o IEDE considera o documento imprescindível para atendimento, segundo os critérios de acesso aos prestadores no Portal de Transparência SISREG da Prefeitura do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2022a). Devido ao preenchimento com informações insuficientes, caberia ao usuário relatar sobre sua situação de saúde (procedimentos, indicação de diagnóstico, tratamento ou complementação de consultas e exames), que nem sempre consegue se comunicar com a clareza necessária. (KOSTER et al., 2019). Então, neste cenário de informação incompleta, abre-se espaço ao questionamento sobre se houve a exclusão de possibilidades diagnósticas na unidade básica antes do encaminhamento para unidade especializada (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004), assim como propicia uma segunda interpretação da doença que não condiz com o perfil de atendimento da unidade.

Em contrapartida, no relatório de pesquisa do Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) sobre análise do sistema de regulação de consultas e exames no município do Rio de Janeiro, Koster et al. (2019) associam a ausência da formação em Medicina da Família e Comunidade para os médicos solicitantes e reguladores da Atenção Primária à Saúde (APS) a baixa resolutividade no atendimento e a qualificação insuficiente dos encaminhamentos, o que resulta no elevado número de solicitações equivocadas e conseqüentemente no número de devoluções impactando diretamente no cuidado aos usuários.

Destaca-se que a problemática do não preenchimento adequado da guia de referência e contrarreferência não se limita apenas à Atenção Primária, isto é também atinge a Atenção Especializada. No sentido que, Koster et al. (2019) cita no relatório o não preenchimento adequado da contrarreferência nas unidades especializadas como outro fator que pode comprometer a continuação do cuidado por depender também das lembranças do usuário sobre o procedimento realizado. Ao considerar que não existe espaço para diálogo entre o médico solicitante e o médico da triagem na unidade especializada, apresentam-se incertezas na condução do processo de cuidado, principalmente nos casos de sugestão de tratamento ou de novos exames pelo especialista.

Portanto, o imbróglgio apresentado entre a atenção primária (solicitante) e a atenção especializada (ofertante) é a forma de comunicação restrita à um pequeno espaço na guia de referência e contrarreferência. Uma vez que, a “adequada comunicação entre solicitante, regulador e ofertante é uma relação primordial na construção da coordenação do cuidado” (KOSTER et al., 2019, p. 36).

Figura 1 – Fluxo do primeiro acesso do usuário aos serviços do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia



Fonte: Adaptado de Brasil (2006).

#### 4.2.1 Ofertando vagas ao SISREG em 2021

As ofertas de vagas para o SISREG são divididas em: população própria (municípios do Rio de Janeiro) e população referenciada (residentes de outro município do estado do Rio de Janeiro). A diferenciação ocorre devido a dois fatores.

O primeiro é a coleta de informações direcionada ao planejamento em saúde, incluindo a análise da capacidade instalada da rede de serviços. O segundo é a programação dos recursos que é composta por duas parcelas separadas: recursos destinados à população de municípios do Rio de Janeiro e recursos destinados a à população não residente do município do Rio de Janeiro conforme a Programação Pactuada e Integrada (PPI)<sup>7</sup> aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)<sup>8</sup>.

Salienta-se que a definição da programação das ações de saúde nos municípios, bem como a alocação dos recursos financeiros para saúde, ocorre a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores (estadual e municipais). Apesar do número de vagas ser indicado pelo IEDE e existir o indicativo sobre a igualdade na proporção de vagas entre população própria e referenciada, no presente estudo não foi possível identificar como essa distribuição acontece na prática.

##### 4.2.1.1 A oferta de vagas

---

<sup>7</sup> A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde é uma ferramenta inserida no processo de planejamento, onde os gestores realizam encaminhamento para outros municípios ou estados quando não possuem ofertas (por insuficiência ou inexistência de capacidade instalada) através de pacto Intergestores os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. Os critérios e parâmetros são pactuados entre os gestores municipais e estaduais para garantia de acesso da população aos serviços de saúde, assim como os limites financeiros para assistência da população própria e a referenciada de outro município (BRASIL, 2006).

<sup>8</sup> Comissão Intergestores Bipartite é uma instância colegiada do SUS, formada paritariamente por dirigentes as Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e do órgão de representação estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). A sua configuração é de âmbito do estado do Rio de Janeiro, bem como é uma instância de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. O eixo principal é a prática do planejamento integrado entre o âmbito municipal e estadual de governo, onde auxilia na organização das ações do SUS no Rio de Janeiro (COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO RIO DE JANEIRO, 2021; SÃO PAULO, 2021).

Antes do ano de 2020, o IEDE não dispunha das informações apresentadas a seguir, inclusive acerca da ociosidade e absenteísmo de vagas. Como no ano de 2020 a agenda foi prejudicada pela Pandemia de Covid-19, optou-se por apresentar os dados do primeiro semestre de 2021, quando as atividades foram retomadas, de forma a ilustrar o funcionamento do hospital.

De acordo com o NIR-IEDE (2021), no primeiro semestre do ano de 2021, a unidade ofereceu 1.535 vagas para inserção de novos usuários no instituto através do SISREG, em dezoito clínicas pertencentes aos Serviços, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 – Serviços e clínicas de endocrinologia que disponibilizaram consultas de primeira vez no SISREG, do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, RJ, janeiro/junho 2021

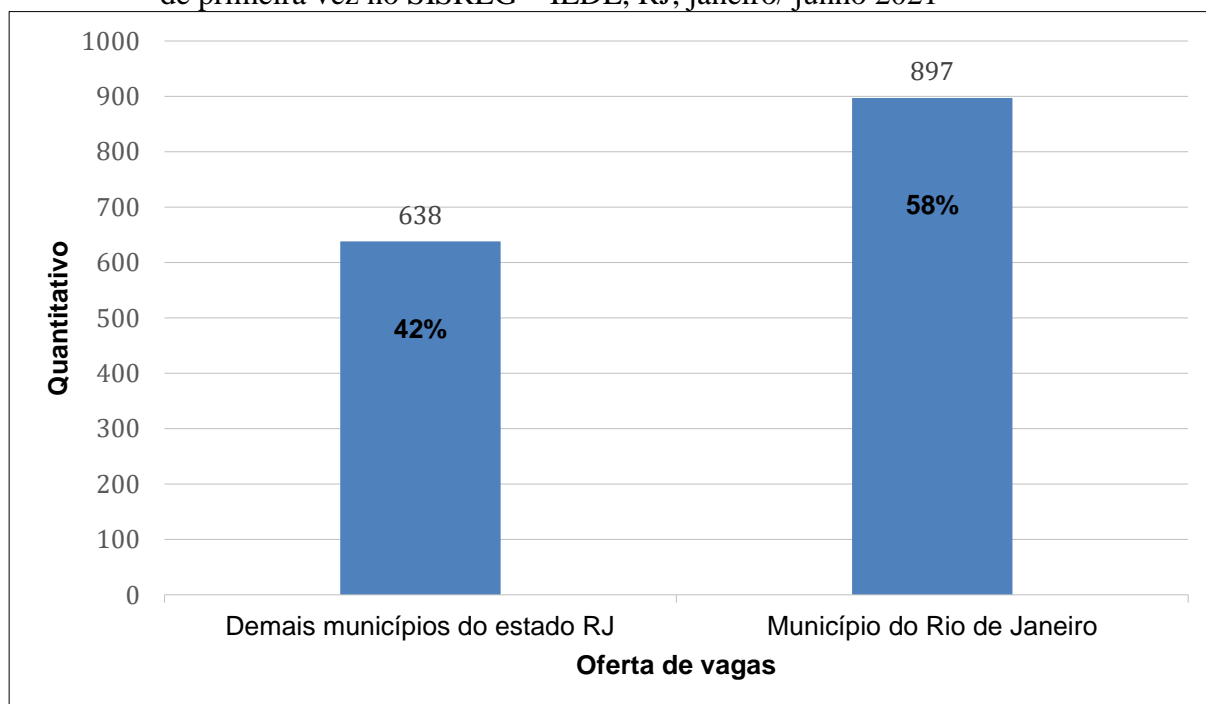
<b>Serviço</b>	<b>Clínicas</b>
<b>Diabetes</b>	Gestante Diabetes Diabetes Mellitus Tipo 1 maior de 18 anos Diabetes Mellitus Tipo 2 maior de 18 anos
<b>Endocrinologia pediátrica</b>	Diabetes Mellitus Tipo 1 menor de 18 anos Endocrinologia Pediátrica Crescimento Obesidade Infantil Diabetes Adolescente
<b>SOTAM</b>	Obesidade Grau II e III Síndrome Metabólicas IMC<35 Dislipidemia Pós Cirurgia Bariátrica
<b>Endocrinologia</b>	Doenças de Ovário Tireoide Gestante endocrinologia Hipófise/Adrenal Doenças Osteometabólicas (DOM) Andrologia

Fonte: NIR-IEDE (2021)

#### 4.2.1.2 Vagas ociosas

O SISREG, no período de janeiro a junho de 2021, ofertou 897 vagas para população própria e 638 vagas para população referenciada, totalizando 1.535 vagas em seis meses. Observa-se que para população residente do município do Rio de Janeiro houve uma oferta superior de vagas com o quantitativo de 58%, conforme aponta o Gráfico 2.

Gráfico 2 – Números absolutos e percentuais de vagas ofertadas à população para consultas de primeira vez no SISREG – IEDE, RJ, janeiro/ junho 2021



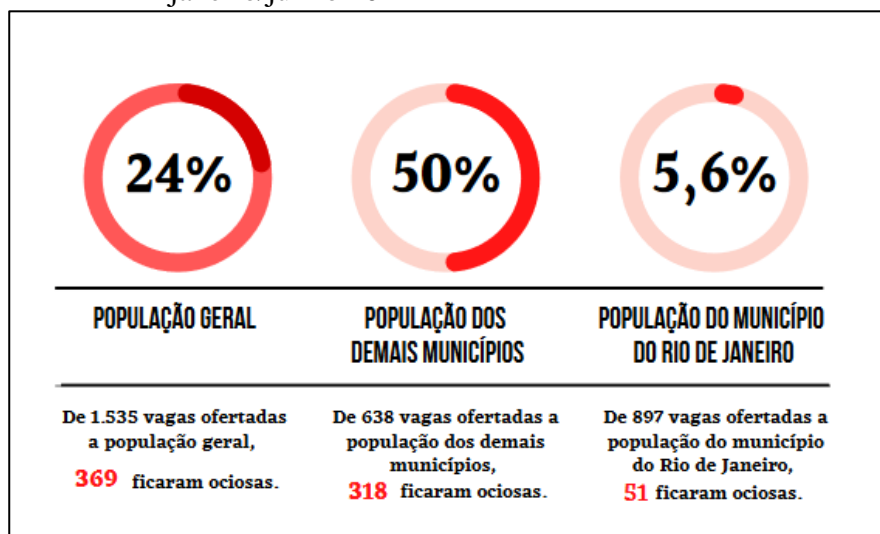
Fonte: NIR-IEDE, 2021.

O IEDE oferece as vagas para inserção no serviço e cabe ao SISREG regular conforme os pré-requisitos determinados pela unidade. Assim, diante dessas premissas sobre o perfil do usuário para atendimento, há possibilidade de não ocorrer ocupação de todas as vagas disponíveis, que são denominadas como vagas ociosas.

No período de janeiro a junho, ocorreram 318 vagas ociosas entre as destinadas à população residente de outros municípios e 51 vagas ociosas entre as do município do Rio de Janeiro, totalizando 369 vagas oferecidas pelo IEDE que não foram não utilizadas.

A Figura 2 aponta que do total de vagas oferecidas para a população referenciada, 50% ficaram ociosas e para a população do Rio de Janeiro, apenas 5,6%.

Figura 2 – Números absolutos e percentuais de vagas ociosas para consultas de primeira vez pelo SISREG - IEDE, RJ, janeiro/junho 2021



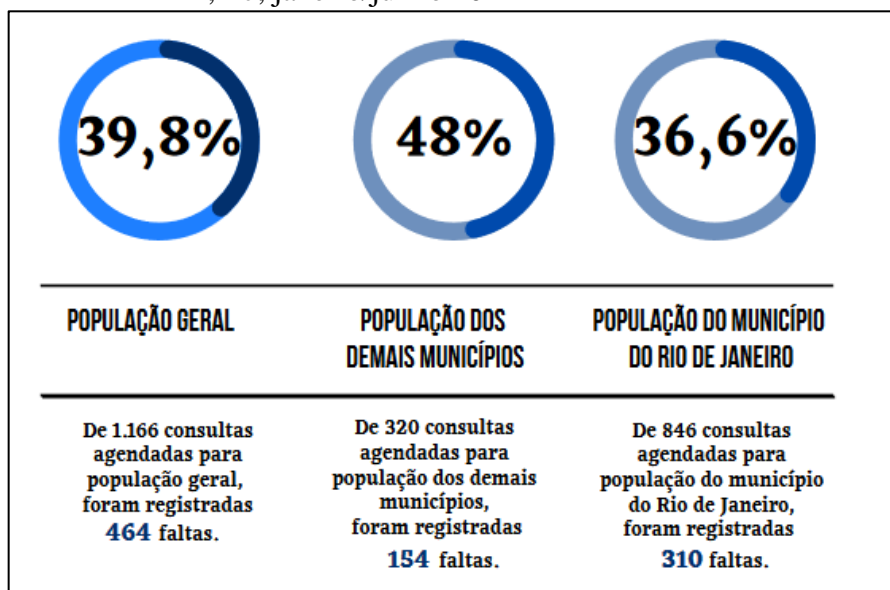
Fonte: NIR-IEDE, 2021

Assim, do total de 1535 vagas ofertadas pelo IEDE no primeiro semestre de 2021, foram agendadas 1.166 consultas de primeira vez pelo SISREG.

#### 4.2.1.3 Absenteísmo à primeira consulta

A oportunidade de uso através da oferta de vagas não é suficiente para concretizar o acesso, de forma que é essencial a concretização da utilização do serviço. O absenteísmo na primeira consulta agendada pelo SISREG apresenta-se como falha no acesso a este serviço. Foram 1.166 consultas agendadas no período de janeiro a junho de 2021, destes 320 foram para população referenciada e 846 para população própria. Do total de agendamentos realizados neste período, foi registrado 39,8% de faltas dos usuários, como mostra a Figura 3.

Figura 3 – Números absolutos e percentuais de absenteísmo do usuário em marcações de consultas de primeira vez pelo SISREG - IEDE, RJ, janeiro/junho 2021



Fonte: NIR-IEDE, 2021

Na Figura 3, o absenteísmo pode ser analisado a partir do perfil de população, no qual ambos apresentaram taxas altas, mas é relevante destacar que a população referência (residentes de outros municípios) com 48% possui uma taxa superior aos 36,6% da população própria (residentes do município do Rio de Janeiro).

#### 4.2.1.4 Análise da ociosidade e do absenteísmo à primeira consulta nos serviços

A apresentação das informações sintetizadas sobre as agendas oferecidas ao SISREG pelo IEDE possibilita a ampliação da análise sobre oferta do serviço especializado.

No primeiro semestre de 2021, conforme a tabela 2, o instituto teve uma elevada taxa de absenteísmo: no total de 1.166 consultas de primeira vez (triagem) agendadas ocorreram 464 faltas, ou seja, cerca de 40% dos usuários não compareceram às consultas.

A Tabela 2 evidencia que o Serviço de Endocrinologia é o que mais disponibiliza vagas para atendimento de primeira vez através do SISREG, com o quantitativo de 882 vagas para marcação no primeiro semestre de 2021 (57% do total de 1535 vagas oferecidas pelo IEDE).

No mesmo período o Serviço de Obesidade e Transtornos Alimentares e Metabologia (SOTAM) possui a menor disponibilização de vagas para o SISREG, com 192 vagas (12,5%).

Tabela 2 – Números absolutos e percentuais das agendas de primeira vez pactuados e inseridos no SISREG - IEDE, RJ, janeiro/ junho 2021

Serviços	Ofertado		Marcado		Ocioso		Absentéismo	
	Nº	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
<b>ENDOCRINOLOGIA</b>	882	642	73	240	27	246	38	
<b>END. PEDIÁTRICA</b>	250	206	82	44	18	85	41	
<b>DIABETES</b>	211	171	81	40	19	74	43	
<b>SOTAM</b>	192	147	77	45	23	59	40	
<b>TOTAL</b>	<b>1535</b>	<b>1166</b>	<b>76</b>	<b>369</b>	<b>24</b>	<b>464</b>	<b>40</b>	

Fonte: NIR-IEDE, 2021

O Serviço de Endocrinologia apresentou o maior percentual de vagas ociosas em relação ao quantitativo de vagas ofertadas no SISREG, seguido do SOTAM, Diabetes e Endocrinologia Pediátrica (Tabela 2).

O Quadro 2 apresenta informações de marcações de consulta de primeira vez inseridas pelo SISREG com distinção sobre o fluxo assistencial na oferta de vagas, organizadas pelo NIR – IEDE com vagas destinadas para população própria (residente do município do Rio de Janeiro) e a população referenciada pela PPI (residente dos demais municípios do estado do Rio de Janeiro).



Quadro 2 – Agendas de primeira vez pactuadas e inseridas no SISREG - IEDE, RJ, janeiro/junho 2021

SERVIÇOS	OFERTADO		MARCADO				OCIOSO				ABSENTEÍSMO			
	Pop. Ref.		Pop. Ref.		Pop. Próp.		Pop. Ref.		Pop. Próp.		Pop. Ref.		Pop. Próp.	
	Nº	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>ENDOCRINOLOGIA</b>	392	490	171	43,6	471	96,1	221	56,4	19	3,9	86	<b>50,3</b>	160	34
<b>END.PEDIÁTRICA</b>	102	148	78	<b>76,5</b>	128	86,5	24	23,5	20	<b>13,5</b>	32	41	53	<b>41,4</b>
<b>DIABETES</b>	74	137	45	60,8	126	92	29	39,2	11	8	22	48,9	52	41,3
<b>SOTAM</b>	70	122	26	37,1	121	<b>99,2</b>	44	<b>62,9</b>	1	0,8	14	<b>53,8</b>	45	37,2
<b>TOTAL</b>	<b>638</b>	<b>897</b>	<b>320</b>	<b>50,2</b>	<b>846</b>	<b>94,3</b>	<b>318</b>	<b>49,8</b>	<b>51</b>	<b>5,4</b>	<b>154</b>	<b>48,1</b>	<b>310</b>	<b>36,6</b>

Legenda: Pop. Ref.: População Referenciada - Pop. Próp.: População Própria  
 Fonte: NIR-IEDE, 2021.

A Endocrinologia e Endocrinologia Pediátrica foram os serviços que ofereceram o maior quantitativo de vagas, no qual os ambulatórios que se destacaram foram Tireoide e Endocrinologia Pediátrica com a maior oferta de vagas tanto nas direcionadas para a população referenciada dos demais municípios quanto para população própria do município do Rio de Janeiro. A composição da oferta de vagas ofertadas e ocupadas pelos serviços e ambulatórios do IEDE é apresentada no Anexo D.

O quantitativo de vagas agendadas e ociosas em números absolutos presentes no Quadro 2 aponta que a população referenciada de outros municípios ocupou menos as vagas oferecidas do que da população própria do município do Rio de Janeiro em todos os ambulatórios.

Na análise realizada em percentual fica explícita a diferença, onde a população referenciada dos demais municípios ocupa 50,2%, das vagas oferecidas enquanto os munícipes do Rio de Janeiro ocuparam 94,3% do total de vagas oferecidas pelo estabelecimento de saúde. Dentre os serviços que podem ser destacados, a Endocrinologia Pediátrica teve marcações de 76,5% das vagas oferecidas para população referenciada e o SOTAM, que atingiu 99,2% de marcação das vagas oferecidas para população própria.

No entanto, para população referenciada pela PPI, o SOTAM teve 62,9% das vagas não ocupadas e a Endocrinologia Pediátrica apresentou um percentual de 13,5% de não ocupação das vagas para consultas de primeira vez para população do município do Rio de Janeiro, conforme o quadro 2.

Assim a população residente em outros municípios possui as maiores taxas de ociosidade no SISREG. A partir disto, apresenta-se a hipótese sobre a dificuldade do diagnóstico da patologia que permita ser inserido no serviço especializado. O estudo realizado por Koster et al. (2019) sobre a análise do sistema de regulação de consultas e exames no município do Rio de Janeiro cita médicos reguladores que criticam a restrição da abertura de vaga, em ambulatórios importantes e de referência no município, a quadros clínicos extremamente específicos ou com pouca prevalência. Ainda relatam que grande parte dos ambulatórios de referência são da rede estadual ou federal, o que impediria a intervenção da Secretaria Municipal da Saúde sobre a oferta de vagas e a adequação às necessidades do sistema.

No Quadro 2, com informações mais detalhadas, observa-se que os usuários referenciados de outros municípios tiveram 48,1% de faltas e usuários moradores do município do Rio de Janeiro tiveram 36,6%.

Dentre as vagas para consultas oferecidas para população referenciada dois serviços tiveram o índice de absenteísmo superior à metade, que foram o SOTAM (53,8%) e Endocrinologia (50,3%). É possível que, entre outros fatores, o absenteísmo esteja ligado à forma e custeio de transporte a unidade de saúde, como no caso dos usuários que possuem dificuldade de locomoção devido ao seu quadro clínico, como por exemplo os obesos. Segundo Koster et al. (2019), um dos fatores contribuintes à diminuição de acessibilidade é o transporte do usuário à unidade especializada, principalmente em grandes distâncias do local de moradia, e apresenta elementos como a dificuldade de locomoção, ausência de meios para custear o transporte, a não familiaridade com o percurso, além das restrições de transporte em algumas regiões.

Já nas vagas ofertadas para população residente, o absenteísmo não foi superior à metade, sendo que o maior registrado foi na Endocrinologia Pediátrica (41,4%), que pode estar relacionado ao usuário. Em função do avanço da idade, o usuário pode não precisar mais do procedimento neste ambulatório devido à mudança no seu quadro clínico, assim como pode já ter realizado o procedimento ou o tratamento por outros meios (KOSTER et al., 2019). Outra possibilidade é do responsável pela criança ou adolescente não conseguir disponibilidade de tempo para levá-la à consulta médica no dia agendado pelo SISREG.

Na análise dos dados disponíveis no quadro 2 observa-se que tanto na população referenciada quanto na própria os serviços que se destacaram em vagas ociosas voltaram a se destacar no absenteísmo, como por exemplo, o SOTAM que atingiu o maior percentual em ambos os indicadores.

#### 4.2.1.5 Filas de espera

No período entre janeiro e junho de 2021 foram oferecidos através do SISREG 1.535 vagas somadas às 87 vagas no SER para clínica de hormonização saúde trans. Apesar de não ser disponibilizado pelo SISREG o acesso ao quantitativo da fila de espera em todos os ambulatórios do instituto, através das informações geradas pelo Portal Transparência da Prefeitura do Rio de Janeiro e do Governo do Estado do Rio de Janeiro observam-se evidências sobre a existência da fila de espera, sem diferenciar se o usuário é do município do Rio de Janeiro ou dos demais municípios (RIO DE JANEIRO, 2022a).

A tabela 3 mostra os dezoito procedimentos endocrinológicos do IEDE oferecidos no SISREG. Observa-se que o que apresenta maior mediana do tempo de espera é diabetes adolescente com 106,5 dias, cujo tratamento é oferecido em cinco estabelecimentos de saúde no município do Rio de Janeiro.

Já o menor tempo mediano de espera é a de diabetes gestacional com 10 dias, sendo seu tratamento disponibilizado em oito estabelecimentos de saúde no município do Rio de Janeiro.

A análise da tabela 3 e do anexo C mostra a contradição existente no fluxo de usuários nos serviços de endocrinologia, que apresentam um tempo de espera relevante para início do tratamento concomitante com ociosidade das vagas oferecidas.

Na medida em que o Portal Transparência SISREG do município do Rio de Janeiro não diferencia a fila de espera entre população própria e referenciada, não é possível realizar o comparativo com os dados de ociosidade.

Tabela 3 – Mediana do tempo no Estado do Rio de Janeiro através do SISREG para atendimentos de primeira vez, segundo as clínicas do IEDE, RJ, janeiro/junho 2021

Serviço	Clínica	Tempo de espera (dias)
<b>ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA</b>	Diabetes Adolescente	106,5
	Diabetes Mellitus tipo 1 < 18 anos	89
	Obesidade Infantil	66
	Endocrinologia Pediátrica	23
	Crescimento	14
<b>SOTAM</b>	Obesidade Grau II e III	83,5
	Pós Cirurgia Bariátrica	79
	Síndrome Metabólica IMC <35	58,5
	Dislipidemia	30
<b>ENDOCRINOLOGIA</b>	Gestante Endocrinologia	100
	Andrologia	36,5
	Tireoide	29
	Osteometabólicas	24
	Doenças de Ovário	22
	Hipófise/Adrenal	21
<b>DIABETES</b>	Diabetes Mellitus tipo1 > 18 Anos	81,5
	Diabetes Mellitus tipo 2 > 18 Anos	45,5
	Gestante Diabetes	10

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2021b.

#### 4.2.2 Ofertando vagas ao SER

De acordo com o Painel de Ambulatórios da Superintendência Estadual de Regulação do Rio de Janeiro, o Sistema Estadual de Regulação (SER) recebeu 87 vagas do IEDE para consultas de primeira vez no período de janeiro a junho de 2021 (RIO DE JANEIRO, 2022b), sendo agendadas 82 consultas neste período. No entanto, o referido não divulga a distinção entre o quantitativo de vagas oferecidas para a população residente do município do Rio de Janeiro e a dos demais municípios, o que limita o estudo sobre acesso no SER, visto que há impossibilidade do aprofundamento na análise sobre oferta, agendamento e vagas ociosas.

No relatório SER, na primeira quinzena de maio de 2021, a consulta de primeira vez no endocrinologista para hormonização saúde trans — tratamento referenciado para o IEDE — possuía 322 usuários aguardando serem chamados, que foram inseridos no período de 2019 a 2021, sem identificação do município de residência (RIO DE JANEIRO, 2021a). Destaca-se que não existe critério para o usuário ser inserido no SER, visto que não existem exames clínicos para confirmação da pertinência do tratamento, assim o usuário necessita apenas expressar a vontade de iniciar o tratamento. A triagem na primeira consulta no Ambulatório Multiprofissional de Identidade de Gênero, responsável pelo tratamento de hormonização saúde trans, é realizada pelo profissional psiquiatra.

No período de janeiro a maio de 2021, o IEDE ofereceu 67 vagas no SER para população do estado do Rio de Janeiro e 6 vagas ficaram ociosas. Em contrapartida, o absenteísmo apresentou uma taxa elevada de 44% (RIO DE JANEIRO, 2022b), na oportunidade houve a possibilidade de verificar o quantitativo na população própria e referenciada, conforme a Tabela 4.

Tabela 4 – Números absolutos e percentuais das agendas de primeira vez pactuados e inseridos no SER - IEDE, RJ, janeiro/ junho 2021

População	Marcação de consulta		Absenteísmo	
	Nº	Nº	%	
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>28</b>	<b>44</b>	
<b>Própria</b>	32	13	41	
<b>Referenciada</b>	31	15	48	

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2022b

A Tabela 4 mostra que o número dos agendamentos da população própria e referenciada são aproximados, no entanto não é possível afirmar que a oferta de vagas foi igual para os dois públicos no SER, devido à ausência dos dados completos sobre a oferta de vagas para o Rio de Janeiro e demais municípios.

O absenteísmo em ambas as populações se verifica como alto, especialmente considerando-se que existe uma fila de espera com pessoas aguardando vaga desde 2019. Diante da demora para ser inserido no IEDE pode-se criar as hipóteses de que o usuário buscou tratamento de hormonização em serviços particulares e/ou perdeu o interesse no tratamento na unidade especializada.

#### 4.2.3 Fluxos de consultas subsequentes

A consulta subsequente nos ambulatórios é aquela que sucede ao primeiro atendimento, possuindo o objetivo de acompanhar a evolução do quadro do estado de saúde do usuário com prescrição terapêutica e preventiva. Portanto, os atendimentos subsequentes representam a continuidade do tratamento de saúde na unidade.

##### 4.2.3.1 Marcação de consultas

Depois de realizar a consulta de triagem e se inscrever no IEDE, o usuário necessita agendar a consulta de retorno no setor de marcação de consultas, localizado na própria unidade.

A rotina de agendamento passa pelo profissional de saúde, lotado no IEDE, que entrega ao usuário um documento de solicitação em que consta o tempo de retorno (meses/dias), o tipo de consulta, ambulatório/especialidade, número da matrícula e a assinatura com carimbo do profissional solicitante. De posse deste documento e de um documento de identificação com foto, o usuário deve ir ao setor de marcação de consulta com a finalidade de realizar o agendamento.

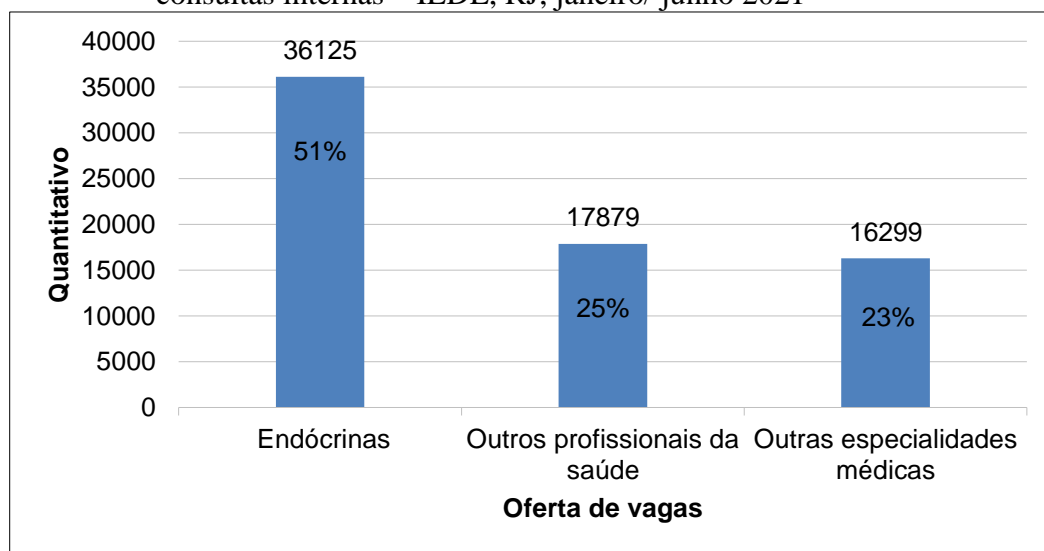
Assim, o usuário é responsável por buscar o seu agendamento para a consulta com o profissional que o acompanha ou para outro ambulatório interno no local da marcação de consulta, no qual será atendido por ordem de chegada. Os moradores do município do Rio de Janeiro devem realizar a marcação de consulta pessoalmente, enquanto os residentes de outros municípios e pessoas com deficiência (independentemente do local de residência) podem agendar através do telefone.

#### 4.2.3.2 Ofertas e utilização de vagas internas

A oferta de vagas ocorre conforme a disponibilidade nas agendas de consultas dos profissionais, expressas no Sistema informatizado Klinikos. A determinação sobre o quantitativo de vagas que serão ofertadas é de responsabilidade (principal) dos ambulatórios, que consideram os fatores: disponibilidade de recursos humanos e físicos para atendimento, sugestão dos profissionais e, principalmente, as metas mensais determinadas pela Fundação Saúde.

No primeiro semestre do ano de 2021 foram oferecidas 70.303 vagas em quarenta e oito especialidades, disponíveis para atendimentos de usuários inscritos no IEDE. Dentre as quais 36.125 vagas para consultas endocrinológicas, 16.299 vagas para consultas de outras especialidades médicas não endocrinológicas e 17.879 vagas para consultas com os demais profissionais de saúde, conforme o gráfico 3.

Gráfico 3 – Números absolutos e percentuais de vagas ofertadas à população para consultas internas – IEDE, RJ, janeiro/ junho 2021



Fonte: SISTEMA KLINIKOS, 2021

O gráfico 3 aponta que as consultas endocrinológicas são responsáveis por 51% das vagas oferecidas para atendimentos internos, o que é adequado para uma unidade especializada em serviços endocrinológicos. Em contrapartida, o quantitativo para outros profissionais da saúde (pertencentes ao Serviço de Apoio Multiprofissional) mostrou-se superior a outras especialidades médicas, com respectivamente 25% e 23% das vagas. O que

sugere uma questão: será que a demanda de outros profissionais da saúde é superior aos de outras especialidades médicas?

O acesso às outras especialidades médicas ocorre quando o profissional endocrinologista interpreta como necessário o usuário frequentar outras áreas de apoio ao tratamento, a partir de um encaminhamento de marcação de consulta junto com um parecer médico sobre a situação de saúde do usuário e a justificativa para o atendimento. Já o acesso aos outros profissionais da saúde ocorre através do encaminhamento de marcação de consulta com solicitação de atendimento, que pode ser conduzido tanto por médicos quanto por outros profissionais da saúde lotados no IEDE.

No período de janeiro a junho de 2021, foram oferecidas 70.303 vagas e ocorreram 18.288 vagas internas ociosas, dentre as quais 8.236 para consultas endocrinológicas, 2.733 para consultas de outras especialidades médicas não endocrinológicas e 7.319 para consultas com outros profissionais da saúde.

A figura 4 aponta que o menor percentual de vagas ociosas é de consultas de outras especialidades médicas, nas quais 17% das vagas oferecidas não foram agendadas. Já o maior percentual de vagas ociosas é nas consultas com outros profissionais da saúde, com 41% de ociosidade das vagas oferecidas. Este resultado mostra contradição entre a oferta de vagas e a demanda nas consultas com outros profissionais de saúde, pois o percentual alto de vagas não ocupadas indicaria que não há demanda para as vagas oferecidas, ou seja, há uma incoerência no planejamento das vagas disponibilizadas aos usuários.

Figura 4 – Números absolutos e percentuais de vagas internas ociosas - IEDE, RJ, janeiro/junho 21



Fonte: SISTEMA KLINIKOS, 2022



No entanto, o cenário de ociosidade interna apresentado é contraditório, visto que apesar da unidade não utilizar a fila de espera para marcação de consulta, no cotidiano da rotina do Serviço Social é notória a insuficiência de vagas para a demanda apresentada. Ademais, a utilização do recurso de consultas extras através do encaixe na agenda de consultas promovido pelos profissionais responsáveis pelos atendimentos pode ser considerado uma ação comprovatória sobre a demanda (interna) reprimida. Sem limite para atendimentos extras, os profissionais utilizam a princípio os atendimentos extras para atender usuários que não conseguiram agendar as consultas em tempo oportuno, conforme a necessidade de saúde.

Apesar de existirem evidências sobre o aproveitamento dessas vagas internas ociosas com os atendimentos extras dos profissionais de saúde, é notório que a alta taxa de ociosidade impacta no processo de planejamento e previsibilidade das ações em saúde da unidade, uma vez que afeta a utilização dos recursos previamente organizados para o atendimento mensal programado e resulta na ociosidade dos recursos disponíveis.

Como se observa pelas informações apresentadas, o acesso ao instituto especializado apresenta questões tanto pela ociosidade de vagas oferecidas ao SISREG convivendo com filas de espera, pelo absenteísmo à primeira consulta marcada pelo SISREG, especialmente para a população de fora do município do Rio de Janeiro, como na utilização das consultas internas subsequentes, marcada tanto por ociosidade como por absenteísmo.

Esta última questão foi objeto de um projeto de intervenção, desenvolvido entre 2018 e 2020 pela equipe do Serviço Social do instituto, que será apresentado a seguir neste trabalho.

## 5 PROJETO DE INTERVENÇÃO EM CASOS DE ABSENTEÍSMO DO USUÁRIO ÀS CONSULTAS SUBSEQUENTES

As faltas dos usuários aos atendimentos programados afetam diretamente a qualidade da gestão hospitalar, visto que interferem na rotina preestabelecida para cumprir o fluxo de atendimento da instituição, através do planejamento para disponibilização de prontuários, vagas, estrutura física e os recursos humanos. Apesar da relevância do tema, ele é pouco abordado nos estabelecimentos públicos de saúde com ações no âmbito de gestão. O absenteísmo ambulatorial prejudica o cuidado em saúde.

### 5.1 Projeto anterior realizado no IEDE

O primeiro registro de ações para diminuição do absenteísmo identificado no IEDE foi a partir do ano de 2001, no Núcleo de Atendimento Neonatal (NAN), quando existia uma rotina de ação multidisciplinar de busca ativa por usuários faltosos.

De acordo com Botler (2010), a Triagem Neonatal no IEDE começou na década de 1980 a partir da parceria com a disciplina de endocrinologia da Escola Paulista de Medicina, a qual deu início à Triagem Neonatal para Hipotireoidismo Congênito (1988) e Fenilcetonúria (1991). No ano de 1991, o instituto passou a ser responsável pela coordenação e normatização dos procedimentos da Triagem Neonatal<sup>9</sup> para as doenças supracitadas no âmbito do sistema de serviços públicos de saúde do estado do Rio de Janeiro. Neste momento, não existia uma política específica para Triagem Neonatal. Apenas no ano de 1998 foi criado o Programa Primeiros Passos de Triagem Neonatal, que passou a ser referência para o governo do estado do Rio de Janeiro.

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) foi instituído no ano de 2001 (BRASIL, 2001). Neste contexto, o estado do Rio de Janeiro foi credenciado para a fase II o IEDE foi cadastrado como serviço de referência em Triagem Neonatal, no qual dividia a

---

<sup>9</sup> A Triagem Neonatal é realizada através do “teste do pezinho”, um exame cujo sangue é coletado do calcanhar do recém-nascido entre 3º ao 5º dia de vida. O exame permite identificar doenças, que se não forem diagnosticadas e tratadas de forma rápida causam danos à saúde, inclusive podem até gerar sequelas irreversíveis (BRASIL, 2009a). Portanto, depois da confirmação diagnóstica, inicia-se um processo de busca ativa, onde as famílias são reconvocadas para início de tratamento imediato.

cobertura do estado com APAE-RJ e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro<sup>10</sup> (BOTLER, 2010).

A busca ativa do NAN iniciou-se em 2001, a partir do Protocolo Nacional de Triagem Neonatal do PNTN, onde o serviço precisaria enviar relatórios mensais de acompanhamento para a Centro Estadual Operacional de Monitoramento e Acompanhamento em Triagem Neonatal no estado do Rio de Janeiro (CEOMA TN/RJ)<sup>11</sup>. Os relatórios possuíam informações quantitativas acerca da produção laboratorial, de ambulatório especializado e das buscas ativas realizadas a nível ambulatorial e laboratorial, visto que o processo de triagem neonatal envolve “várias etapas, como a realização do exame laboratorial, a busca ativa dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica, o tratamento e o acompanhamento multidisciplinar especializado dos pacientes” (BRASIL, 2004, p.7).

O acompanhamento multidisciplinar do IEDE era realizado por uma equipe composta de endocrinologista, pediatra, nutricionista, psicóloga, assistente social, enfermeira e técnico de enfermagem. O NAN possuía uma listagem com os usuários do ambulatório e realizava o acompanhamento de assiduidade às consultas através da busca ativa. Assim, conseguiam observar as faltas dos usuários e o abandono do tratamento. Quando identificada a ausência do usuário no tratamento, o técnico de enfermagem realizava três tentativas de contato com o responsável pela criança para remarcar o retorno. À medida que essas tentativas falhavam, o caso era encaminhado para a assistente social de referência, que realizava duas outras tentativas de contato, a primeira por telefone e a segunda por aerograma. Se, apesar dos contatos, o usuário não retornasse ao tratamento, a assistente social notificava o conselho tutelar por negligência ao tratamento de saúde da criança ou adolescente.

No ano de 2017 o IEDE deixou de ser referência em triagem neonatal laboratorial e ficou apenas como referência no tratamento ambulatorial nas doenças hiperplasia e biotinidase detectados na triagem neonatal laboratorial. No entanto, apesar de não existir mais a obrigatoriedade do envio do relatório mensal sobre o acompanhamento do tratamento, o NAN deu continuidade ao protocolo de busca ativa dos usuários faltosos, devido à comprovação na prática que a busca ativa influencia na assiduidade do usuário ao tratamento.

Assim, a ação de enfrentamento do absenteísmo do usuário no ambulatório NAN ocorreu por 16 anos conforme diretrizes do Programa Nacional de Triagem Neonatal. No

---

<sup>10</sup> Em 2005 Secretaria Municipal de Saúde do RJ desativou o seu Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), assim a divisão da demanda ficou em 75% para o IEDE e os 25% para a APAE-RJ (BOTLER, 2010).

<sup>11</sup> O CEOMA TN/RJ dentre as suas funções encontra-se a de centralizar e organizar as informações referentes aos testes, reteste, resultados e regulação da assistência, bem como mantém atualizado o sistema de triagem neonatal (RIO DE JANEIRO, 2017b).

entanto, mesmo após o instituto deixar de ser referência em triagem neonatal laboratorial, a continuação da busca ativa foi uma iniciativa restrita a equipe do NAN, cujo objetivo foi garantir o direito fundamental das crianças e adolescentes à vida e à saúde, de acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990), através do acesso ao tratamento.

A experiência do ambulatório, porém, pode ser reconhecida como ação isolada, uma vez que não abrangeu os demais ambulatórios da unidade.

## **5.2 Elaboração do Projeto 2018-2020**

O absenteísmo nos atendimentos ambulatoriais agendados é uma realidade inserida no cotidiano do instituto com os primeiros registros ocorrendo há pelo menos duas décadas no NAN. Contudo, não há como aprofundar o estudo retrospectivo de usuários faltosos no período anterior a 2017 devido à ausência de dados sistematizados oficiais sobre absenteísmo dos usuários subsequentes<sup>12</sup> nos demais serviços da unidade.

A temática ganhou destaque gradualmente a partir de 2017, com sua inserção na pauta de discussão nas reuniões do Comitê Gestor do instituto. De acordo com os registros internos do Serviço Social, no ano de 2016 o absenteísmo foi citado nestas reuniões pelas chefias dos serviços. Apesar de alertarem sobre as implicações das faltas dos usuários às consultas programadas na produção dos profissionais do ambulatório e a retirada da oportunidade de outros usuários serem atendidos, não houve nenhuma iniciativa da direção e das chefias dos serviços do IEDE para diminuição do problema. Na reunião do Comitê Gestor ocorrida em dezembro do ano de 2017, o absenteísmo novamente ficou em evidência, diante da percepção do aumento do quantitativo de usuários faltosos relatados pelas chefias dos ambulatórios.

A identificação do absenteísmo também ocorre na prática do Serviço Social, através das demandas espontâneas no plantão social, onde o usuário comparece ao setor com a solicitação de orientações sobre o retorno ao tratamento após um período ausente da unidade ou o usuário faltoso quando necessita orientação para superar as eventuais barreiras de acesso. Em ambos os casos, a justificativa em grande parte está relacionada à sua situação social e econômica. A frequência desta demanda no cotidiano no setor do Serviço Social despertou o

---

<sup>12</sup> A consulta subsequente é o atendimento realizado para acompanhamento do tratamento e da situação de saúde do usuário, no qual o profissional terá como referência as informações disponibilizadas na primeira consulta.

interesse em investigar sobre a temática, com o objetivo de apoiar o processo de formulação de ações estratégicas institucionais que auxiliassem na melhoria do acesso aos serviços de saúde.

Assim, somado ao conhecimento adquirido no cotidiano da atuação e a consolidação da situação-problema apresentada na reunião do Comitê Gestor em dezembro de 2017<sup>13</sup>, o Serviço Social do IEDE compreendeu a imprescindibilidade de propor um projeto para direção da unidade, com a finalidade de diminuição do absenteísmo em consultas subsequentes no Instituto.

A participação no planejamento e gestão dos serviços é uma das estratégias de prática do Serviço Social que contribui para facilitar e realizar o acesso (VASCONCELOS, 2009) aos serviços de saúde. Os estudos realizados através da sistematização da prática<sup>14</sup> seriam encaminhados para direção e chefias da unidade de saúde com a finalidade de contribuir para o planejamento de possíveis ações e reorganização de serviço em prol do usuário.

O projeto foi elaborado integralmente pela equipe do Serviço Social, cujos interesses foram direcionados para resultados na área de gestão e na continuidade do acesso ao tratamento do usuário, no período de 2018 a 2020.

A iniciativa do IEDE estava relacionada ao cumprimento do papel do Estado em relação a universalidade no acesso aos serviços e ações de saúde, garantidos na Constituição Federal e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90).

No processo de elaboração do projeto, buscou-se o desenvolvimento do método de intervenção nos casos de absenteísmo de usuários a partir das experiências vividas pela equipe do Serviço Social da unidade, mas tomando como base o estudo de Bittar et al. (2016) que relata a experiência do absenteísmo dos usuários nos Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) do estado de São Paulo, nos quais o monitoramento e intervenções ocorreram a nível de gestão estadual através de mudanças na organização dos serviços ambulatoriais, assim como implementadas ações pelas equipes multiprofissionais da unidade.

A intervenção realizada sobre a situação-problema foi desenvolvida em duas perspectivas: a do usuário (individual) e o do IEDE (institucional). A primeira, individualizada, foi realizada através do atendimento ao usuário pela profissional do Serviço Social, com o objetivo de avaliar a demanda específica do cidadão e auxiliá-lo na

---

<sup>13</sup> O Serviço Social não teve acesso aos dados compilados acerca do índice de absenteísmo do IEDE no ano de 2017.

<sup>14</sup> De acordo com Almeida (2009, p. 403) a sistematização é um componente central na atuação do assistente social, que transcende a geração de dados e informações, visto que é “um processo que envolve a produção, organização e análise dos mesmos a partir de uma postura crítica-investigativa”.

continuidade do tratamento. A segunda, institucional, buscou traçar propostas de estratégias de ação que atenuassem o absenteísmo dos usuários no IEDE, a partir das informações extraídas dos atendimentos individuais.

Assim, buscou-se identificar os possíveis elementos envolvidos no absenteísmo e formular as estratégias de intervenção individual por meio da análise socioeconômica e familiar dos usuários, bem como elaborar estratégias e rotinas de ação institucional para atenuar as faltas dos usuários em consultas programadas. Ao mesmo tempo, buscou-se estabelecer registros estatísticos do absenteísmo dos usuários.

O público-alvo desse projeto foi o usuário com duas ou mais faltas seguidas nas consultas médicas subsequentes programadas ou três faltas seguidas em quaisquer atendimentos agendados para outros profissionais da equipe multidisciplinar. A delimitação ocorreu a partir da necessidade que foi especificada na reunião do Comitê Gestor, com o propósito de possibilitar a continuidade do tratamento do usuário nas respectivas clínicas. A escolha da quantidade de faltas para configurar o público-alvo está relacionada à compreensão que o foco do projeto está nas possíveis barreiras de acesso (continuadas) existentes para o usuário dar prosseguimento ao tratamento.

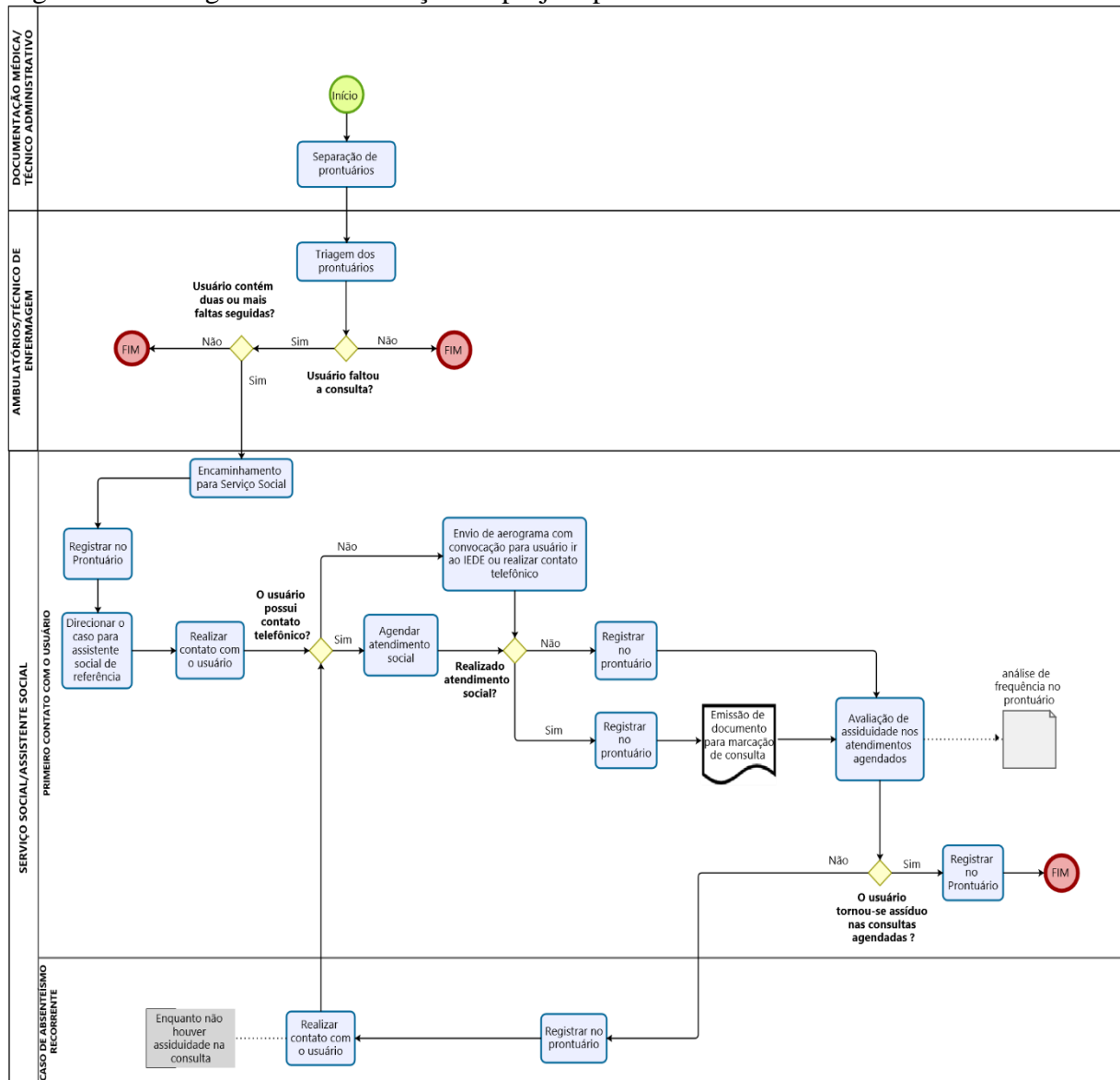
O Projeto de intervenção do Serviço Social nos casos de absenteísmo, cujo objetivo principal era diminuir o absenteísmo dos usuários em atendimentos subsequentes no instituto, foi encaminhado para as direções geral e assistencial do IEDE para análise e aprovação em março de 2018. Na devolutiva da direção, houve aprovação sem necessidade de qualquer alteração e o reconhecimento da iniciativa do Serviço Social. Após anuência da direção da unidade, foi enviado um Comunicado Interno (CI) para todos os serviços, no qual foi explicado o projeto e a participação dos serviços na identificação do usuário em absenteísmo. Foi também realizada a apresentação do projeto de intervenção na reunião do Comitê Gestor da unidade, de forma a reforçar a importância da participação dos serviços.

### **5.3 Desenvolvimento do Projeto**

A execução do projeto de intervenção teve como eixo fundamental a participação das equipes multiprofissionais dos respectivos serviços na identificação de usuários faltosos nos atendimentos subsequentes, o que possibilitou a intervenção do Serviço Social nos casos de

absenteísmo no IEDE. Por fim, o processo de intervenção desenvolvido pelo projeto era realizado em seis etapas, conforme pode ser observado no fluxograma ilustrado na figura 5.

Figura 5 – Fluxograma da intervenção do projeto para casos de absenteísmo



Fonte: A autora (2021).

A rotina dos ambulatórios inicia-se com o setor de documentação médica separando e encaminhando os prontuários dos usuários que seriam atendidos no dia para os ambulatórios. A partir disto, os técnicos de enfermagem realizavam a separação dos prontuários dos usuários presentes na triagem, reservando os prontuários dos usuários faltosos. Na unidade, os ambulatórios possuem a prática de registrar a ausência do usuário no prontuário. Logo, no momento do registro, era identificado através de uma análise do prontuário se o usuário

possuía registro anterior de, pelo menos, duas faltas consecutivas. Em caso positivo, em seguida era encaminhado para o Serviço Social.

Assim, a identificação dos casos de absenteísmo ocorreu a partir dos ambulatórios, com os profissionais responsáveis pelo atendimento avaliando os prontuários dos usuários faltosos no dia, e caso eles se enquadrassem nos critérios estabelecidos de absenteísmo, os prontuários eram encaminhados ao Serviço Social.

No Serviço Social, os prontuários passavam por uma segunda triagem, na qual os usuários eram separados pela clínica principal de tratamento e direcionados para a profissional de referência<sup>15</sup>. Na situação de ausência<sup>16</sup> de referência, o caso de absenteísmo era encaminhado para a assistente social responsável pelo plantão social do dia, ou seja, pelo atendimento da demanda espontânea do Serviço Social.

A partir dos dados de contato registrados no prontuário e no Sistema Klinikos, a assistente social realizava o primeiro contato com o usuário por telefone. O primeiro contato era decisivo para a preservação do vínculo com a instituição e na consolidação da relação de confiança do usuário com a profissional. A seguir, era realizado o agendamento do atendimento social presencial. Quando não era possível o contato, a profissional enviava o aerograma para convocação do usuário ao instituto.

O atendimento social realizado pelo Serviço Social era uma condição para o usuário em absenteísmo conseguir agendar suas próximas consultas, diante da necessidade do pedido de agendamento com o carimbo da assistente social. A finalidade desta condição era o controle dos casos de absenteísmo, a identificação das causas e orientação sobre as possíveis soluções para o usuário. Entendia-se que o retorno do usuário sem ter o processo de escuta do profissional sobre as possíveis causas e conseqüentemente as necessárias orientações poderia ser uma solução frágil, com alta possibilidade de reincidência na situação de absenteísmo.

Para direcionar o atendimento, a assistente social deveria seguir um roteiro básico com os seguintes itens: nome, prontuário, ambulatório de encaminhamento, idade, telefone, local de residência e o motivo da diminuição da assiduidade nas consultas. A partir da identificação da causa buscava-se compreender o contexto socioeconômico e familiar do usuário para assim realizar as orientações e encaminhamentos necessários.

Em seguida, o usuário era encaminhado para o setor de marcação de consulta com pedido de agendamento carimbado pelo Serviço Social para o ambulatório principal de

---

<sup>15</sup> Quando as assistentes sociais ficam responsáveis por todas as demandas do ambulatório.

<sup>16</sup> Alguns ambulatórios no IEDE não possuem profissionais do Serviço Social de referência, assim os assistentes sociais do plantão social ficam responsáveis pelas demandas destes ambulatórios.



tratamento. Caso o usuário solicitasse atendimento em clínicas de apoio disponíveis na unidade, a assistente social encaminhava, através do usuário, um relatório social e/ou pedido de avaliação para o médico do ambulatório principal sobre a pertinência da solicitação.

A avaliação sobre o caso de absenteísmo ocorria a cada seis meses. No entanto, se profissional responsável pelo caso compreendesse que o usuário se encontrava em situação crítica de vulnerabilidade socioeconômica, o acompanhamento social dele era realizado de forma mais intensa, podendo ocorrer em períodos menores. Após avaliação, se constatado que o usuário continuava em situação de absenteísmo, o profissional entrava em contato com ele e, se necessário, agendava novamente o atendimento social.

Ademais, é importante salientar que, durante os atendimentos, o profissional do Serviço Social orientava sobre a autonomia e responsabilidade do usuário na escolha do tratamento. Logo, o projeto de intervenção nos casos de absenteísmo não era uma ação impositiva. Nos casos de idosos, deficientes, crianças e adolescentes, o Serviço Social realizava o acompanhamento de forma contínua, devido à situação de vulnerabilidade socioeconômica e a legislação específica que os protege.

Durante o Projeto de intervenção do Serviço Social nos casos de absenteísmo, no período de 2018 a 2020 foram acompanhados 260 casos de usuários em absenteísmo em atendimentos subsequentes dos serviços e seus respectivos ambulatórios: Diabetes; Endocrinologia (Ambulatório de Identidade de Gênero e Tireoide); Endocrinologia Pediátrica (NAN e Diabetes menor de 18 anos); SOTAM (Obesidade, Transtorno Alimentar e Síndrome de Prader-Willi).

Os registros das etapas do projeto foram documentados nos prontuários dos usuários e na planilha de dados do projeto, desde o momento que o caso era encaminhado para o Serviço Social até a avaliação do usuário se continuava em situação de absenteísmo após a intervenção.

### 5.3.1 Instrumento de coleta e armazenamento de dados

Os dados gerados no projeto através do atendimento social foram considerados importantes no auxílio à criação de estratégias e rotinas de ação para atenuar o absenteísmo entre os usuários, portanto houve a necessidade da utilização de um instrumento para armazenamento de dados.

A equipe do Serviço Social elaborou uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel® com as finalidades de desenvolver uma ferramenta para sistematização dos dados e registro das informações do usuário para acompanhamento das etapas dos atendimentos, sendo que o acesso e manuseio do banco de dados é limitado à essa equipe.

A planilha eletrônica foi criada com um formato inicial e, de acordo com as avaliações do projeto também seria revisado o formato de armazenamento dos dados. Assim, inicialmente nesta planilha constava o nome do paciente, número do prontuário, idade, contato telefônico, a causa do absenteísmo e a intervenção profissional. No entanto, após o início do projeto, houve avaliação da planilha eletrônica, onde foi realizada ampliação dos dados, onde foram incluídos: data do encaminhamento para o Serviço Social, ambulatório de encaminhamento, três avaliações (sobre retorno ao tratamento) e conduta final profissional.

O armazenamento foi valioso para a sistematização e obtenção de dados quantitativos sobre o absenteísmo no IEDE e para auxiliar na elaboração de estratégias de ação, além de ter sido utilizado como subsídio na produção do relatório anual do Projeto (ANEXO E).

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Perfil dos usuários

O perfil demográfico dos usuários foi elaborado a partir das informações referentes ao período de 2018 a 2020, extraídas da planilha de dados do Projeto de Absenteísmo e do Sistema Klinikos do IEDE. A análise apontou que dos 260 casos atendidos pelo projeto, os usuários eram predominantemente do sexo feminino (53%), com idade menor de 18 anos (56%) e idade mediana de 16 anos (Tabela 5).

Tabela 5 – Perfil demográfico dos usuários inseridos no Projeto de Intervenção do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, Rio de Janeiro – RJ, 2018-2020

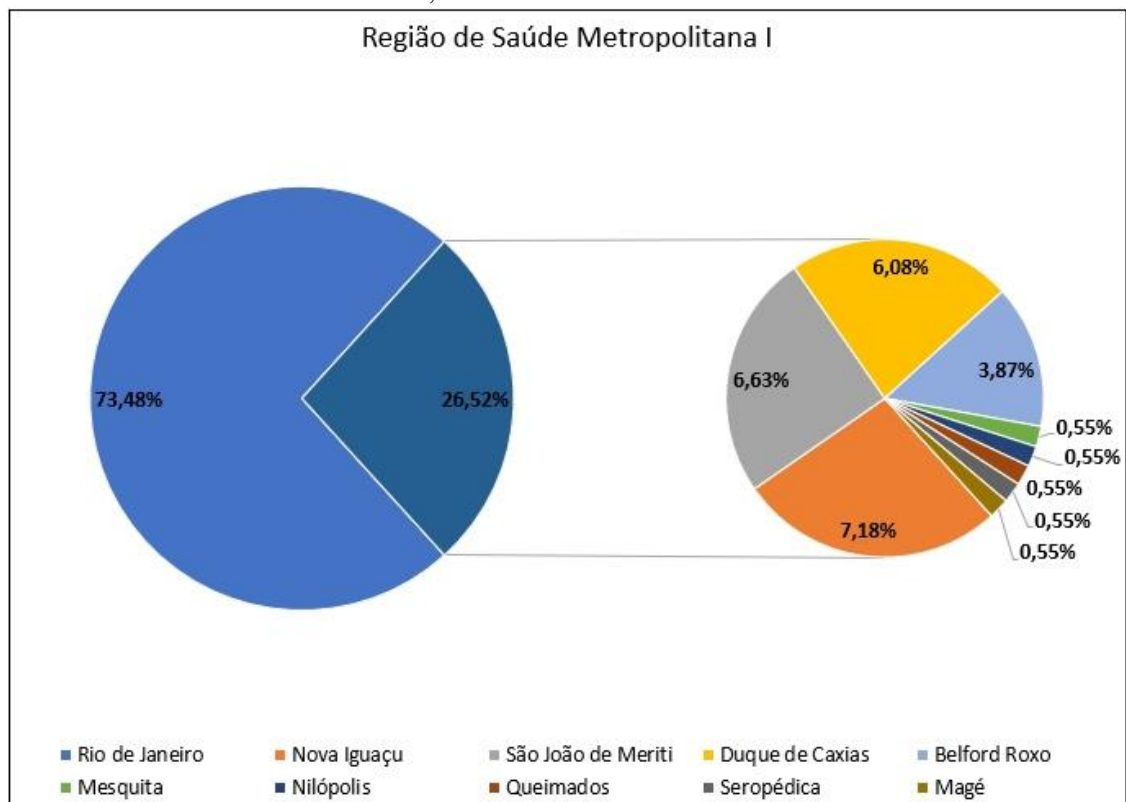
Variáveis	nº	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	138	53
Masculino	122	47
<b>Faixa etária</b>		
< 18 anos	146	56
19 - 30 anos	60	23
31 - 45 anos	32	12
46 - 59 anos	07	3
60 - 80 anos	14	5
> 81 anos	01	1
<b>Região de residência</b>		
Rio de Janeiro (Metropolitana I)	133	51
Demais municípios (Metropolitana I)	48	19
Metropolitana II	27	10
Baixada Litorânea	03	1
Norte	14	5
Noroeste	03	1
Serrana	09	4
Centro-Sul	02	1
Médio Paraíba	06	2
Baía da Ilha Grande	05	2
Não identificado	10	4

Fonte: Adaptada de Sistema Klinikos (2021).

Também pôde ser constatado (tabela 5) que a maior parte dos usuários atendidos no projeto tinham como região de residência a Metropolitana I, ou seja, o serviço executou 70% desses atendimentos como demanda da própria região no período analisado. Apesar de as demais regiões encaminharem 26% das demandas recebidas pelo IEDE, isso não significa que os usuários não absorvidos pelos IEDE tiveram suas demandas de saúde atendidas em outros estabelecimentos de saúde. Cabe salientar que não foi identificada a região de residência de 4% dos usuários devido à ausência de informações no Sistema Klinikos.

A Região de Saúde Metropolitana I é composta por 12 municípios (Belford Roxo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Itaguaí, Nilópolis, São João de Meriti, Queimados, Rio de Janeiro, Seropédica e Japeri) – mesma região em que o IEDE está localizado, especificamente, no município do Rio de Janeiro. O Gráfico 4 apresenta o percentual de usuários residentes na Região de Saúde Metropolitana I, divididos por município.

Gráfico 4 – Percentual de usuários residentes por município na Região de Saúde Metropolitana I inseridos no Projeto de Intervenção do Serviço Social em casos de absenteísmo, 2018-2020



Legenda: O percentual de 26,52% refere-se aos moradores dos demais municípios da Região de Saúde Metropolitana I.

Fonte: Sistema Klinikos (2021).

O Gráfico 4 aponta que, dos 181 usuários residentes na Região de Saúde Metropolitana I, 73,48% moram no município do Rio de Janeiro, enquanto 26,52% residem

nos demais municípios, dentre os quais se destacam Nova Iguaçu (7,18%), São João de Meriti (6,63%), Duque de Caxias (6,08%) e Belford Roxo (3,87%).

#### 6.1.1 As causas do absenteísmo apresentadas pelos usuários

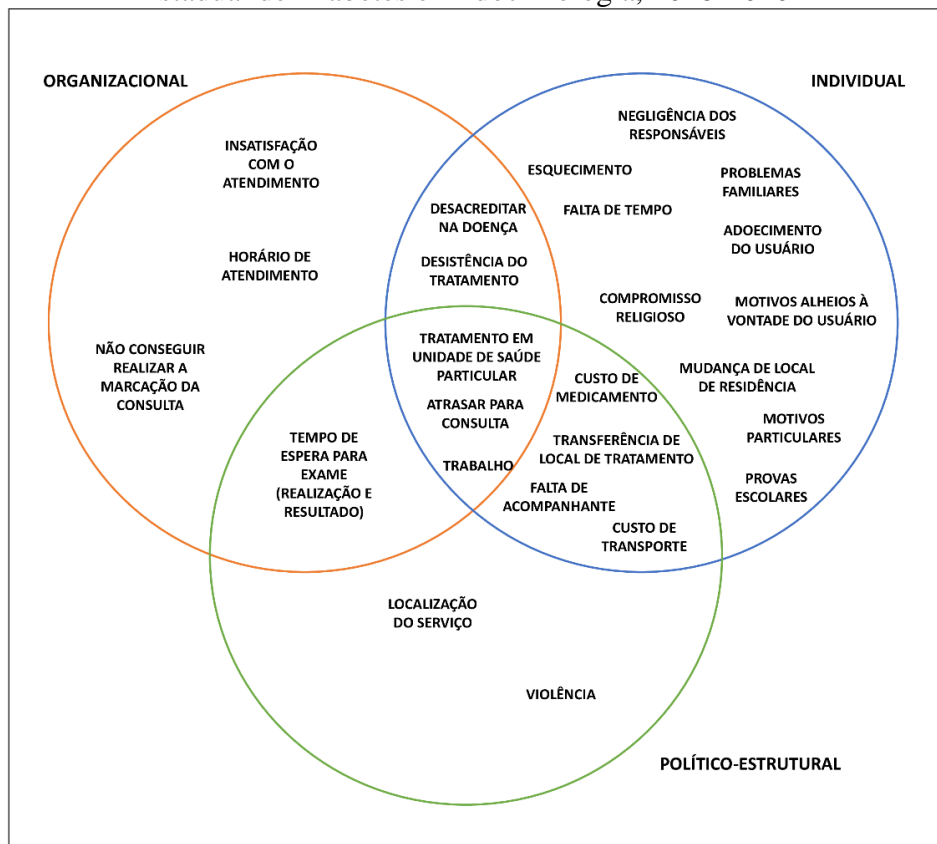
As intervenções identificaram as causas do absenteísmo, incluindo casos de usuários com múltiplos determinantes. A Tabela 6 mostra que a frequência das principais barreiras de continuidade ao tratamento foram o trabalho (24%), a falta de recursos financeiros para manutenção do tratamento (22%), o adoecimento do usuário (19%) e a falta de acompanhante (10%).

Tabela 6 – Frequências das causas de absenteísmo identificadas no Projeto de Intervenção do Serviço Social, do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, 2018-2020

<b>Causas do absenteísmo</b>	<b>Frequência (%)</b>
Trabalho	24
Falta de recursos financeiros (medicamento e transporte)	22
Adoecimento	19
Falta de acompanhante	10
Mudança de local de residência/transferência de local de tratamento	9
Esquecimento	8
Descrença na doença	6
Problemas familiares	5
Não conseguiu remarcar consulta	5
Não ter realizado exames ou não ter o resultado	3
Período de provas escolares	3
Desistência do tratamento	3
Motivos alheios à vontade do usuário	3
Motivos particulares	3
Atraso para a consulta	2
Tratamento em unidade particular	2
Falta de tempo	2
Encarceramento	1
Insatisfação com o atendimento	1
Grande distância	1
Horário de atendimento	1
Religioso	1
Violência	1
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Fonte: A autora (2021).

Figura 6 – Barreiras de utilização do serviço de saúde analisadas em três níveis, no Projeto de Intervenção do Serviço Social do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, 2018-2020



Fonte: A autora (2021).

O trabalho foi a principal justificativa de faltas de 24% dos usuários, pois, mediante a rotina laboral e o funcionamento da unidade de saúde, precisariam escolher entre o tratamento de saúde ou o trabalho (meio de renda familiar). O usuário com doença crônica necessita de tratamento continuado, para fazer o acompanhamento do seu estado de saúde, mas, na maioria das vezes, o empregador não permite que o usuário utilize o horário do expediente para ir ao médico. Izecksohn e Ferreira (2014), em seu estudo, mostram que os empregadores não aceitam atestados e/ou os veem com desconfiança, e que se dependesse do horário de trabalho e de funcionamento da unidade, o usuário não conseguiria dar continuidade de tratamento, por isso opta por recorrer às consultas médicas apenas quando observa piora em seu estado de saúde.

O transporte até o estabelecimento de saúde é um fator decisivo para a assiduidade às consultas agendadas; em relação a ele, ao menos duas questões devem ser analisadas: a limitação do auxílio-transporte para tratamentos crônicos e a mobilidade do deficiente ou da pessoa com dificuldade de locomoção temporária, principalmente dos moradores do município do Rio de Janeiro.

No que tange ao auxílio-transporte, mesmo havendo isenção do pagamento de tarifas nos serviços convencionais de transporte rodoviário municipal (Riocard especial), e transporte intermunicipal, ferroviário e metroviário (Vale Social) para usuários com doenças crônicas – Decreto nº 45820/2016 (RIO DE JANEIRO, 2016a) e Decreto nº 44.728/2018 (RIO DE JANEIRO, 2018a), um fator limitante consiste na quantidade mínima de vezes que o usuário precisa ir à unidade pública de saúde *versus* o número de passagens disponibilizadas. Isto porque, no mês que o usuário tiver extrapolado o total de passagens estipulado para o cartão de gratuidade, existe a possibilidade de ele faltar às consultas por ausência de recursos financeiros para o transporte.

O transporte do Tratamento Fora do Domicílio (TFD)<sup>17</sup> pode ser garantia de locomoção para o tratamento para quem reside em outro município, mas é penoso para os usuários, pois precisam sair de sua residência de madrugada ou no dia anterior para chegar no horário do atendimento no IEDE, e retornam para casa apenas no final do dia. Além disso, nem todos os municípios disponibilizam o transporte para os usuários, com a justificativa de que os veículos estão quebrados, no conserto ou que o número de carros é insuficiente para a demanda. No município do Rio de Janeiro, quanto à mobilidade do deficiente ou da pessoa com dificuldade de locomoção temporária, os usuários não têm direito ao transporte especial, de modo que o usuário deve custear transporte particular para dar continuidade ao tratamento, restando-lhes o recurso de acionar a justiça para ter acesso ao transporte gratuitamente.

O medicamento receitado na unidade de saúde, de modo geral, deveria estar disponível na própria unidade ou na Farmácia Popular, mas essa não é uma realidade, ao menos para os usuários do IEDE. A necessidade de custear alguns medicamentos e insumos constitui uma barreira para a manutenção e continuidade do tratamento, visto que o usuário, que geralmente já tem sua renda familiar comprometida com as despesas básicas (alimentação, luz, água, aluguel de casas, etc.), entra no dilema entre comprar remédio ou alimentar-se e pagar as contas. Nesse contexto, o usuário se sente acuado, logo a falta é decorrente do medo e da vergonha de ser chamado atenção por não seguir a prescrição médica e não ter alcançado o resultado esperado. Em vista disso, a judicialização de ação para acesso aos medicamentos torna-se um meio de garantia da manutenção do tratamento.

---

<sup>17</sup> O Tratamento Fora do Município pode ser intermunicipal ou interestadual, sendo que no primeiro cabe ao gestor municipal oferecer meios para o deslocamento aos usuários moradores do município. No que concerne ao segundo, é de responsabilidade do gestor estadual do estado do Rio de Janeiro oferecer o custeio do deslocamento para tratamento em outro estado da Federação. A legislação estadual referente ao TFD é a Portaria SAS nº 55/1999 (BRASIL, 1999).

A dificuldade de manutenção do tratamento (custo de transporte e medicamento) esteve presente no argumento de 22% dos usuários. Considerada uma das principais causas de absenteísmo, está diretamente ligada às condições de acesso e utilização dos serviços de saúde pelos usuários, os quais devem arcar com as despesas de deslocamento, por transporte coletivo ou particular, e de medicamentos e insumos.

A falta de acompanhante, que esteve presente em 10% dos casos acompanhados pelo projeto de intervenção, é recorrente principalmente com crianças e adolescentes, que dependem de um responsável para ir as consultas. A rotina de consultas da instituição é por ordem de chegada e dividida por turno, no caso dos acompanhantes das crianças e adolescentes recebem uma declaração de abono de horas, mas dependendo da hora que sai do IEDE e do local de moradia do usuário e/ou do acompanhante será necessário o dia inteiro. A Lei 13.257/2016, aprovada no ano de 2016, que abona um dia ao ano do funcionário para acompanhar filho(a) de até 6 anos em consulta médica (BRASIL, 2016) é um pequeno avanço, mas insuficiente, inclusive para os usuários de doença crônica que precisam comparecer constantemente a consulta médica. A carência de proteção do Estado para os acompanhantes gera apreensão pela saúde dos usuários, onde suas famílias vivem constantemente o dilema entre realizar regularmente o acompanhamento da situação de saúde e garantir o emprego (leia-se renda para despesas básicas como moradia, alimentação básica, transporte etc.). Diante disso, apresenta-se a hipótese da relação da falta de acompanhantes com os 56% dos casos acompanhados no projeto terem a faixa etária menor de 18 anos.

A transferência de local de tratamento ocorre para mais próximo da residência do usuário, o que, a princípio, seria favorável, caso o novo local de tratamento possuísse recursos físicos e humanos compatíveis com as suas necessidades de saúde. Nesse sentido, o usuário continua o tratamento em uma unidade (básica) de saúde, mas, quando observa piora, recorre à emergência, e depois retorna ao IEDE para dar continuidade ao plano terapêutico. O arranjo desenvolvido pelo usuário não resulta em melhora no seu quadro clínico, ao contrário, a cada retorno ao IEDE o seu quadro apresenta agravamento, o que pode ter consequências irreversíveis, como amputação ou deficiência intelectual.

O tempo de espera para exame (realização e resultado) está inserido na interseção entre os níveis organizacional e político-estrutural, levando-se em consideração que o controle desses prazos não está ao alcance do usuário. Ao compreender que o exame é uma importante etapa para o fechamento do diagnóstico ou acompanhamento da evolução do tratamento, a demora na sua realização mostra-se prejudicial à manutenção da saúde do usuário e propicia as faltas aos atendimentos programados. Destarte, a longa fila de espera para a realização de



exames revela a problemática do acesso ao processo diagnóstico do SUS, além da morosidade na entrega dos resultados. Segundo Pontes et al. (2009), o tempo de espera para os exames destaca a fragilidade dos serviços de saúde e a desigualdade de acesso.

A desistência do tratamento se dá na interseção entre os níveis individual e organizacional, por estar diretamente relacionada aos usuários, aos profissionais de saúde e à organização da instituição. A reação do usuário de desistir do tratamento está associada a diversos fatores como “motivação, conhecimento, crenças e atitudes e interpretações de doenças e bem-estar, os comportamentos apreendidos e incorporados pelos usuários na convivência social” (FARIAS et al., 2020, p. 8). Ao mesmo tempo, está relacionada aos profissionais de saúde e à organização do instituto, no que concerne aos processos de acolhimento e educação em saúde acerca da doença e da importância do tratamento para uma melhor qualidade de vida, voltados ao usuário. Quando ambos não são realizados de forma adequada, a integração entre o usuário e a unidade de saúde é prejudicada e pode ocasionar o abandono do tratamento.

Quanto ao usuário encarcerado, a Lei de Execução Penal (artigo 120) (BRASIL, 1984) permite a saída de condenados em regime fechado ou semiaberto, mediante escolta, por necessidade de tratamento médico, se concedida pelo diretor do estabelecimento onde o usuário se encontra preso. No entanto, por motivos não identificados e de possível cunho individual e político-estrutural, que não foram expostos, os usuários não compareceram aos atendimentos agendados.

No nível político-estrutural foram identificados como obstáculos a localização do serviço e a violência. No que diz respeito à localização do serviço (grande distância), o usuário precisa percorrer uma grande distância para ter acesso ao tratamento, como, por exemplo, os residentes de Itaperuna, município situado a mais de 300 km da capital do estado. Nesse caso, de fato a causa está relacionada ao deslocamento do usuário, bem como à disponibilidade e à configuração dos atendimentos especializados em diabetes e endocrinologia no estado do Rio de Janeiro.

Por sua vez, a exposição do usuário à violência o distancia da unidade de saúde, diante da avaliação subjetiva sobre o custo-benefício do deslocamento até a unidade para buscar atendimento, pois esse trajeto pode comprometer a sua segurança (BORGES et al., 2014).

As barreiras de utilização dos serviços de saúde foram analisadas em três níveis: político-estrutural; institucional; e individual (FARIAS et al., 2020), revelando que as causas de absenteísmo apresentadas no projeto tiveram maior relação com os fatores individuais em comparação com os níveis institucional e político-estrutural. No entanto, entende-se que

algumas causas transitam nos três níveis de forma concomitante, direta ou indiretamente, como ilustra a Figura 6.

A interseção dos níveis político-estrutural e individual envolve o custo de medicamento, transferência do local de tratamento, falta de acompanhante, o custo do transporte e o encarceramento, uma vez que esses aspectos dependem da renda do usuário, ao mesmo tempo que são resultado da insuficiência de políticas públicas de saúde para prover tratamentos integralmente gratuitos. Já entre os níveis organizacional e individual foram identificados a descrença e a desistência do tratamento, visto que possuem em relação tanto a forma que o usuário vê a doença, quanto em relação ao profissional da saúde na unidade buscar orientar com transparência sobre os efeitos da doença e a relevância do tratamento para qualidade de vida.

Enquanto que, a interseção entre os níveis individual, organizacional e político-estrutural, foram citados dois motivos para o absenteísmo: trabalho, o atraso para a consulta e o tratamento em unidade de saúde particular, que envolvem o comportamento do indivíduo, a organização da unidade de saúde e o planejamento em saúde.

O nível organizacional mostrou o desafio relativo às características dos serviços públicos de saúde, no que se refere à disponibilidade de recursos (FARIAS et al., 2020), apresentando as seguintes barreiras: insatisfação com o atendimento; horário de atendimento; e incapacidade de marcar consulta (por falta de vaga ou dificuldade de marcar a consulta por telefone). Portanto, o acolhimento ao usuário, a rotina da instituição, o gerenciamento de fluxo e processo de atendimento, assim como a carência de recursos humanos especializados, são aspectos que influenciaram a utilização dos serviços de saúde e, como efeito, impactaram na assiduidade nas consultas.

No nível individual foram mencionados os seguintes aspectos: esquecimento, negligência dos responsáveis, problemas familiares, intercorrência com a própria saúde, mudança de local de residência, motivos alheios à vontade do usuário (como na greve dos caminhoneiros), falta de tempo, compromisso religioso, motivos pessoais e provas escolares. Neste estudo, a análise dos aspectos individuais abrangeu as características sociodemográficas, motivacionais, culturais e de vulnerabilidade social dos usuários.

## 6.2 Intervenções do projeto

O ponto de partida para as intervenções realizadas no projeto ocorreu antes da chegada ao setor do Serviço Social, por meio da triagem dos técnicos de enfermagem que identificavam as situações de absenteísmo do usuário pela análise do prontuário.

Os profissionais do Serviço Social tinham como ação imediata a identificação dos contatos dos usuários inseridos no projeto, com o objetivo de realizar o primeiro contato e agendamento do atendimento social presencial. Em suma, as formas de contato utilizadas durante o projeto foram o telefonema, o aerograma e o contato presencial (encaminhamento do usuário após consulta médica), no entanto em algumas situações nenhum contato foi estabelecido devido à ausência de informações completas no sistema e no prontuário, como se vê na Tabela 7.

Tabela 7 – Forma de comunicação no primeiro contato com o usuário no Projeto de Intervenção do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, Rio de Janeiro – RJ, no período de 2018 a 2020

<b>Forma de contato</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>Total</b>
<b>Telefônico</b>	42	106	8	<b>156</b>
<b>Aerograma</b>	5	68	20	<b>93</b>
<b>Presencial</b>	-	3	-	<b>3</b>
<b>Sem contato</b>	5	-	3	<b>8</b>
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>177</b>	<b>31</b>	<b>260</b>

Fonte: Sistema Klinikos (2021).

A Tabela 7 apresenta o telefone como a forma de contato mais utilizada no período de vigência do projeto, com destaque para os anos de 2018 e 2019. Já a correspondência via Correios aparece como a segunda mais utilizada, sobretudo em 2020, em que o número de aerogramas foi maior que o de contatos telefônicos. Vale frisar que as correspondências são uma forma de comunicação frágil, visto que o seu envio não garante o recebimento pelo usuário, pois o endereço, mesmo sendo válido, pode não corresponder ao atual local de moradia do destinatário, enquanto o contato telefônico ou presencial assegurou a ciência do usuário sobre o projeto, de maneira imediata.

No atendimento social eram identificadas as possíveis barreiras de continuidade ao tratamento, relacionadas a três aspectos: político-estrutural, organizacional e individual. Após essa identificação, as intervenções ocorriam a partir das seguintes orientações sociais:

- a) aspecto individual: incentivar o processo de reflexão sobre a importância da assiduidade para o sucesso do tratamento; identificar os possíveis obstáculos para continuidade do tratamento; realizar orientações e encaminhamentos quanto aos direitos sociais dos usuários; fortalecer os vínculos familiares no exercício da participação no tratamento do usuário;
- b) aspecto organizacional: na busca de garantir o acesso do usuário, a assistente social assumia o papel de mediadora entre o usuário e a clínica de tratamento, no processo de retorno do usuário à clínica;
- c) aspecto político-estrutural: nas demandas que ultrapassavam a dimensão institucional, eram realizadas orientações e, se necessário, encaminhamentos extramuros para equipamentos sociais com a finalidade de viabilizar a manutenção do tratamento, incluindo a judicialização dos casos que envolvessem transporte, medicamentos e exames.

Em seguida ao atendimento social, o retorno ao Serviço Social ocorria conforme a necessidade do usuário ou por avaliação do profissional. Destaca-se que os usuários foram reavaliados a cada seis meses, independentemente de terem comparecido ou não ao atendimento social, portanto os casos inseridos no projeto foram reavaliados no mínimo duas vezes e no máximo quatro vezes ao ano.

### **6.3 Resultados do Projeto**

O projeto se desenvolveu no período de 24 de janeiro de 2018 a 30 de agosto de 2020, tendo sido encaminhados 260 casos de absenteísmo em atendimentos ambulatoriais subsequentes agendados na unidade. Com isso, foi possível traçar o perfil dos participantes em situação de absenteísmo, observando-se o predomínio de usuários do sexo feminino, dentre as quais a faixa etária menor de 18 anos obteve maior proporção em relação às demais.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 sobre usuários que consultaram médicos nos últimos 12 meses por unidade da federação mostraram que, no Rio de Janeiro, os

usuários de faixa etária a partir de 40 anos buscaram ir ao médico mais vezes (IBGE, 2019). No projeto de intervenção, as faixas etárias de menores ocorrências de absenteísmo em consultas subsequentes foram de usuários de 46 a 59 anos, 60 a 80 anos e maiores de 81 anos, que juntos equivalem a 9% dos usuários atendidos

As causas do absenteísmo citadas pelos usuários no projeto reafirmam que as barreiras de continuidade ao tratamento possuem múltiplos determinantes, relacionados ao usuário, aos profissionais, ao estabelecimento de saúde e às políticas públicas, especialmente as direcionadas à saúde, pertinentes à organização do serviço, aos fluxos e processos de atendimento e ao agendamento.

Na análise das causas foi empregado o conceito de barreiras a partir dos níveis político-estrutural, institucional e individual (FARIAS et al., 2020). As causas apresentadas no projeto transitam por fatores financeiros, sociais e interagem com os elementos intersetoriais. Nesse sentido, os resultados apontaram que as principais motivações atravessam o nível individual e o nível político-estrutural, que são: trabalho, falta de recursos financeiros (medicamento e transporte), adoecimento e falta de acompanhante. Ou seja, estas motivações não fazem parte do escopo de decisão apenas do usuário, visto que estão atreladas ao contexto de vulnerabilidade em que ele vive, indicando a ausência do aporte de (forte) legislação trabalhista e políticas intersetoriais do Estado que garantam a continuidade do cuidado a saúde. Portanto, mostra-se indispensável que a equipe multiprofissional realize a escuta qualificada do usuário de modo a encaminhá-lo para o setor responsável de acordo com a demanda social.

No estudo é perceptível a discrepância de casos ocorridos no ano de 2019 e 2020, no qual devem ser considerados dois contextos: adesão e pandemia.

Em seu primeiro ano de vigência, a adesão ao projeto foi abaixo do esperado, tendo como possível justificativa o processo de adaptação das equipes à nova rotina de encaminhamento de prontuários. Além disso, constatou-se um entrave no contato com os usuários devido à ausência de atualização dos dados cadastrais no prontuário e no Sistema Klinikos.

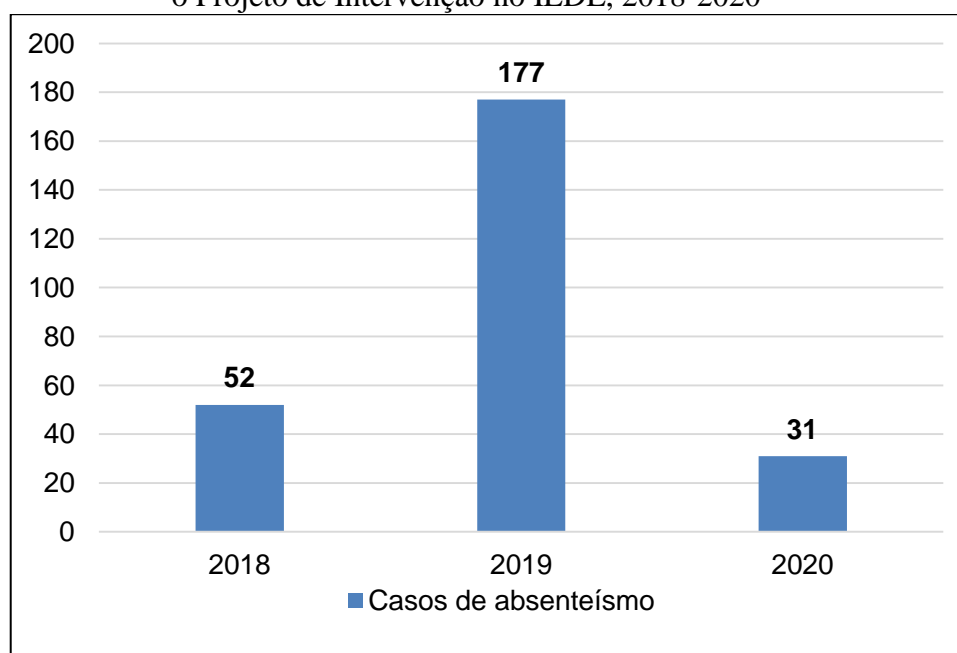
No segundo ano de vigência, em 2019, houve aumento no número de casos, que pode estar associado a duas questões: à devolutiva sobre a adesão dos ambulatorios apontados no relatório de avaliação das ações realizadas no projeto em 2018, apresentado em 2019; desde o ano de 2019, foi acrescentada a prática de busca ativa nos ambulatorios pelas assistentes sociais dos ambulatorios do Serviço de Endocrinologia Pediátrica (NAN), do Ambulatório de

Prader-Willi (Serviço de Obesidade, Transtornos Alimentares e Metabologia) e do Ambulatório Multiprofissional de Identidade de Gênero - AMIG (Endocrinologia).

No ano de 2020, o mundo foi acometido pela pandemia de covid-19<sup>18</sup>. A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) através da nota técnica NTVA Nº 13 (COVID - 19) apontou que a situação necessitaria do emprego urgente de medidas de prevenção, controle de risco, danos e agravo à saúde (RIO DE JANEIRO, 2020d), após a SES-RJ suspender por tempo indeterminado os atendimentos ambulatoriais, exceto as consultas dos usuários que teriam risco de descompensação ou deterioração clínica, através da Resolução nº 2004, de 18 de março de 2020 (RIO DE JANEIRO, 2020b). Nesse período, o IEDE também reduziu o número de atendimentos e alguns ambulatórios só atenderam para manutenção de receitas de medicamentos e outros casos específicos, até o mês de julho, quando foi publicada no Diário Oficial a Resolução SES nº 2052, de 24 de junho de 2020, que dispõe sobre o reinício de consultas ambulatoriais, exames e procedimentos cirúrgicos eletivos no estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2020c).

Assim, nesse terceiro ano o número de atendimentos ambulatoriais foi reduzido, o que acarretou a suspensão do projeto após o primeiro trimestre de 2020; o resultado foi um quantitativo menor no último ano, como mostra o Gráfico 5, apesar de alguns ambulatórios continuarem a encaminhar casos excepcionais de pacientes faltosos para o Serviço Social.

Gráfico 5 – Quantitativo anual de casos de absenteísmo encaminhados para o Projeto de Intervenção no IEDE, 2018-2020

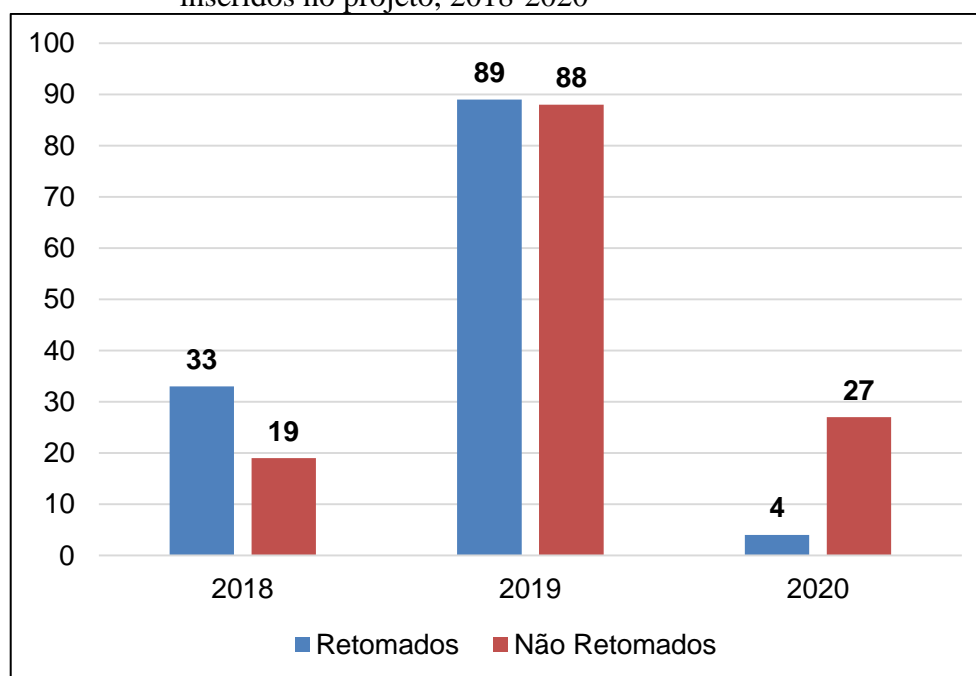


<sup>18</sup> A Organização Mundial da Saúde declarou emergência de saúde pública de importância mundial por surto de covid-19, em 30 de janeiro de 2020 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

Fonte: Sistema Klinikos (2021)

De acordo com a atualização das informações na ferramenta de armazenamento de dados, realizada em agosto de 2020, o quantitativo de retorno foi superior ao de não retorno em 2018 e 2019 (Gráfico 6). Quanto ao ano de 2020, a hipótese é de que o baixo retorno teve relação direta com a pandemia, pois, embora alguns serviços do instituto não tenham cancelado as consultas, o estado e os municípios impuseram o isolamento social com redução dos veículos de transporte coletivo, dificultando a mobilidade dos usuários.

Gráfico 6 – Quantitativo de retomada ao tratamento na unidade dos usuários inseridos no projeto, 2018-2020



Fonte: Sistema Klinikos (2021)

A análise da relação entre a primeira forma de contato realizada com o usuário e o retorno da assiduidade ao tratamento é relevante para se compreender como a forma de comunicação e o acolhimento podem influenciar no resultado da intervenção. A Tabela 8 apresenta o quantitativo de retorno a partir da forma de contato nos anos de 2018 e 2019, pois em 2020 aconteceu o cenário mais crítico da pandemia de covid-19, em que ações como o distanciamento social e o isolamento impactaram os resultados relativos à assiduidade ao tratamento.

Tabela 8 – Quantitativo de retorno à assiduidade a partir da forma de comunicação no primeiro contato com o usuário no Projeto de Intervenção do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, Rio de Janeiro – RJ, 2018-2019

Forma de contato	2018		2019		Total
	Sim	Não	Sim	Não	
<b>Telefônico</b>	28	14	53	53	148
<b>Aerograma</b>	3	2	33	35	73
<b>Presencial</b>	0	0	3	0	3
<b>Sem contato</b>	2	3	0	0	5
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>19</b>	<b>89</b>	<b>88</b>	<b>229</b>

Fonte: Sistema Klinikos (2021).

A Tabela 8 mostra a diferença no número de retornos à assiduidade do tratamento entre 2018 e 2019. No primeiro ano é possível identificar que o retorno ao tratamento foi superior ao do não retorno, ao passo que no segundo ano observa-se aumento significativo no número de casos acompanhados, mas com pouca diferença entre os usuários que retornaram e os que não retornaram.

A Tabela 8 indica que o modo de realização do primeiro contato influenciou na sensibilização para o fortalecimento do vínculo do usuário com a unidade de saúde e, conseqüentemente, na retomada da assiduidade ao tratamento, uma vez que os contatos diretos com as assistentes sociais responsáveis pelos casos, por telefone ou presencialmente, obtiveram melhores resultados nesse sentido. Cabe ressaltar que, conforme a rotina do projeto, o aerograma (carta convocatória) era enviado somente quando não existia êxito no contato telefônico. Em 2018, não foi possível estabelecer nenhum tipo de contato com cinco usuários, sendo causas a desatualização dos dados de contato telefônico e a suspensão do serviço de correspondência na unidade, o que, por conseguinte, também justifica o baixo número de envio de aerogramas no mesmo ano.

Na Tabela 9 é possível que observar no período de 2017 a 2020 houve uma redução de vagas ofertadas; em contrapartida, aumentou a porcentagem de marcações de consultas nesse período, exceto em 2020, em que tanto a oferta quanto à marcação apresentou uma diminuição significativa, sendo que a diferença entre os anos de 2019 e 2020 é de 8,5%.



Tabela 9 – Número absoluto e percentual dos atendimentos agendados e das faltas dos usuários no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, Rio de Janeiro – RJ, 2017 a 2020

<b>Ano</b>	<b>Ofertada</b>	<b>Marcadas</b>	<b>(%)</b>	<b>Consultas realizadas</b>	<b>(%)</b>	<b>Absenteísmo</b>	<b>(%)</b>
<b>2017</b>	162.225	122.074	72,1	89.835	73,6	32.239	26,4
<b>2018</b>	158.017	122.725	77,7	92.891	75,7	29.834	24,3
<b>2019</b>	137.297	108.580	79,1	82.019	75,5	26.561	24,5
<b>2020</b>	127.965	90.363	70,6	52.764	58,4	37.599	41,6

Fonte: Sistema Klinikos (2021).

A Tabela 9 indica as alterações do absenteísmo em todo o período estudado. No ano de idealização do projeto, os usuários faltosos equivaliam a 26,4%, e, apesar de não existir um parâmetro oficial, este pode ser considerado um percentual elevado. Em que pesem os resultados obtidos nos anos de 2018 e 2019, o número de envolvidos no projeto foi ainda muito pequeno para que pudesse gerar impacto no absenteísmo da unidade como um todo. Ademais, a pandemia iniciada em 2020 influenciou no aumento acentuado de usuários em absenteísmo.

#### 6.4 Análise e produtos do projeto

O projeto foi desenvolvido ao longo de três anos, durante os quais, sob a coordenação da equipe de assistentes sociais da unidade, foram identificados e acompanhados 260 casos de usuários em situação de absenteísmo em consultas subsequentes. No escopo do projeto não se almejava um controle sobre o total de casos de absenteísmo no IEDE a serem encaminhados para o Serviço Social, uma vez que, para além de resultados numéricos, o interesse do estudo era colocar em evidência a temática do acesso do usuário ao serviço especializado de saúde, como foco na análise dos casos de absenteísmo e como ele impacta a gestão hospitalar e o trato terapêutico do usuário.

No início da implantação do projeto, houve resistência por parte dos profissionais dos ambulatórios, pois ainda estava no imaginário destes que a responsabilidade pela falta aos atendimentos era apenas do usuário. Assim, o exercício de identificação dos faltosos mostrava-se, para eles, uma “perda de tempo” em face da “irresponsabilidade” do usuário. Por conta disso, a adesão dos ambulatórios no primeiro ano do desenvolvimento do projeto foi menor, sendo encaminhados apenas 52 casos de absenteísmo. Além disso, pode ser

apresentada como hipótese a resistência dos ambulatorios em expor o número de usuários faltosos e com isso comprometer sua reputação perante o hospital. Diante disso, o Serviço Social, mediante a apresentação do primeiro relatório do projeto na reunião do Comitê Gestor junto à direção do instituto, reforçou a importância da identificação do absenteísmo e do encaminhamento dos casos para o Serviço Social.

O resultado desse reforço sobre a adesão dos ambulatorios no encaminhamento dos casos de absenteísmo no Comitê Gestor fez-se visível no segundo ano, quando foram encaminhados 177 casos de usuários em absenteísmo – ainda assim um número extremamente baixo, pois em 2019 a unidade totalizou 29.834 faltas, e se comparado quantitativamente, o número de faltas foi aproximadamente 168 vezes maior que o número de casos encaminhados para o Serviço Social. Embora o projeto tivesse como critério de inserção apenas dos usuários faltosos recorrentes (duas ou mais vezes) em consultas subsequentes, o total de encaminhamentos em 2019 pode ser considerado baixo.

O ano de 2020 foi marcado pela covid-19 (SARS-CoV-2) e, por determinação de portarias da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, houve o fechamento de agenda, mas o instituto seguiu realizando atendimentos para a manutenção de receitas de medicamentos e consultas de usuários que teriam risco de descompensação ou deterioração clínica. Nesse período, o projeto continuou a receber o encaminhamento de usuários em absenteísmo, mas numa quantidade reduzida de 31 casos.

O cenário de pandemia de covid-19 (SARS-CoV-2) direcionou o estudo para a análise do retorno de assiduidade ao tratamento dos participantes do projeto apenas entre 2018 e 2019, contabilizando, a partir do total de 229 usuários, 122 que retornaram e 107 que não retornaram.

Esse resultado é tido como positivo, posto que o retorno da assiduidade ao tratamento foi superior à metade dos casos atendidos no período. Isso parece mostrar que, apesar do percentual de atendimentos neste projeto ser pequeno, a metodologia escolhida para a intervenção seria válida para se alcançar a mudança de realidade do absenteísmo na unidade de saúde. Acredita-se que a forma de comunicação no primeiro contato foi essencial para o resultado positivo, ao constatar que os contatos diretos por telefone e presencialmente transmitiram um acolhimento por meio da escuta qualificada, que fortalece o vínculo e o sentimento de pertencimento do usuário para com o serviço de saúde, dado que a “construção de vínculos afetivos e de tecnologias relacionais possibilita formas de comunicação fundamentais para a produção de redes de cuidado em saúde” (BRASIL, 2009b, p. 25).

Embora tenha ocorrido um cenário imprevisto em 2020, modificando a rotina institucional e, por conseguinte, enfraquecendo a dinâmica de encaminhamentos dos casos de absenteísmo, foi evidente, nos três anos de realização do projeto, que os resultados transcenderam os fatores numéricos.

O projeto de intervenção contribuiu para mostrar outra faceta do absenteísmo para os profissionais de saúde, ao dar início a um processo de desmistificação do protagonismo do usuário no que concerne as faltas. Campoville (2019, p. 27) afirma que responsabilizar o usuário é um posicionamento utilizado frequentemente pelas equipes de saúde, que atribuem a este um compromisso individual, apontando-o como centro e sujeito de ação, “desconsiderando as circunstâncias relevantes como geográficas, sociais, culturais e econômicas que influenciam no seu sofrimento”. A identificação e a apresentação das causas do absenteísmo aos profissionais atuantes nos ambulatórios, durante a reunião do Comitê Gestor, trouxeram uma nova perspectiva sobre as faltas aos atendimentos programados. Entretanto, destaca-se que a concretização da mudança de pensamento acerca da responsabilização do usuário passa pela capacitação sobre acolhimento aos profissionais, na perspectiva de respeito e preocupação da unidade e de seus profissionais para com o usuário.

Ainda assim, no cotidiano do Serviço Social foi observado que o desenvolvimento do projeto iniciou uma mudança de comportamento em alguns profissionais no acolhimento aos usuários em situação de falta contínua a consultas agendadas ou ausência da unidade. Inclusive, houve aumento no número de encaminhamentos para o Serviço Social por questões relacionadas aos possíveis obstáculos que ocasionaria a descontinuidade do tratamento.

Ademais, a motivação sobre a temática proporcionou o envolvimento de profissionais de outro setor ao projeto na identificação do absenteísmo. Após o início do projeto, os profissionais responsáveis pela marcação de consulta, ao constatarem que o usuário estava em situação de absenteísmo, encaminhavam os usuários diretamente para o Serviço Social. É importante ressaltar que a prática de encaminhamento não se tornou rotina do setor de marcação de consultas, devido ao ritmo intenso somado ao quadro reduzido de funcionários, no entanto a iniciativa do setor pode ser considerada uma legitimação da relevância do projeto.

Segundo Lima et al. (2007), o acolhimento extrapola o conceito de recepção cordial, ou seja, está relacionado a aspectos como vínculo, resolutividade da demanda, desempenho profissional e escuta ativa ao usuário. As autoras asseveram que o vínculo binômio usuário-serviço de saúde confere segurança ao usuário e otimiza os processos da assistência, pois permite ao profissional de saúde conhecer o usuário e as suas necessidades para estabelecer as

prioridades na atenção à sua saúde e facilitar o acesso ao tratamento. Portanto, encaminhar os usuários ainda durante o acolhimento é uma prática positiva que auxilia na redução dos casos de absenteísmo, visto que se a ação do profissional de saúde for imediata, ao compreender a causa da ausência do usuário, poderá realizar intervenções e evitar que as faltas aos atendimentos agendados se repitam.

No contexto da pandemia de covid-19, que ultrapassou o período de dois anos, a rotina no trato do absenteísmo em alguns ambulatórios foi modificada. É possível constatar a intensificação dos encaminhamentos de casos de usuários com baixa assiduidade nas consultas médicas para o Serviço Social, sobretudo os ocorridos através dos Serviços de Endocrinologia Pediátrica e Diabetes no qual os médicos identificaram o absenteísmo durante as consultas. Destaca-se que, além desta rotina, o Serviço de Endocrinologia Pediátrica, em 2021, solicitou ao Serviço Social a busca ativa de todos os usuários pertencentes a esse serviço que não tivessem assiduidade nas consultas marcadas.

Outra demanda que surgiu para Serviço Social a partir do projeto de intervenção foi o atendimento social aos usuários que desejam retornar ao tratamento na unidade. O direito ao retorno ao tratamento está garantido desde que o usuário possua um número de matrícula. O encaminhamento para o Serviço Social se justifica pela relevância de se identificarem as causas do afastamento e se as possíveis questões foram sanadas; caso não tenham sido solucionadas, a assistente social realiza as orientações e encaminhamentos conforme a demanda apresentada. Tal prática foi inserida na rotina desse setor por uma nova compreensão dos profissionais da unidade sobre qual é a função do Serviço Social, baseados nas vivências e discussões ocorridas durante o projeto de intervenção.

Durante a realização do projeto, constatou-se que os dados de contato dos usuários estavam desatualizados, o que inviabilizou a comunicação por telefone e gerou incerteza quanto ao recebimento dos aerogramas enviados a 37 usuários que não retornaram à assiduidade no tratamento de saúde na unidade. A situação foi exposta nos dois relatórios do projeto, que alertaram para a importância de se iniciar uma campanha de atualização dos cadastros para viabilizar contatos futuros. Na reunião do Comitê Gestor de 2019, foi confirmada a possibilidade de realização da campanha de atualização de cadastro e a criação de um mecanismo de confirmação de consultas.

Em 2021, o setor de planejamento reafirmou a necessidade dessas duas ações, dando-se início, então, à atualização do contato telefônico no dia da consulta do usuário, na triagem feita pelos técnicos de enfermagem. Posteriormente, as informações são encaminhadas para o setor de documentação médica (marcação de consultas), onde os técnicos administrativos

atualizam os dados no Sistema Klinikos. Quanto à confirmação de consultas, um projeto para confirmação de consultas via SMS com lembrete do agendamento da consulta foi elaborado e aprovado pela Fundação Saúde e atualmente aguarda a contratação da empresa que viabilizará a ação.

O estudo realizado por Catalan (2018) em quatro municípios do estado de São Paulo comprovou que o uso do lembrete telefônico reduz as faltas dos usuários, mas enfatizou a necessidade de os contatos telefônicos estarem atualizados nos cadastros. Portanto, “as ações junto aos usuários e serviços de saúde relativas à importância e à conscientização para que mantenham os cadastros atualizados é fundamental para viabilizar a comunicação efetiva” (CATALAN, 2018, p. 131).

Na prática, um dos incentivos às ações de redução do absenteísmo foi a determinação da Fundação Saúde de que a problemática fosse solucionada, pois os dados gerais sobre a produção dos profissionais e o não cumprimento das metas ambulatoriais da unidade evidenciaram a questão do absenteísmo dos usuários – para a Fundação Saúde, as faltas não devem exceder a taxa de 24%. Diante da discrepância no fluxo de usuários e nos números finais das produções ambulatoriais, os setores de faturamento e planejamento, com anuência da direção, realizaram uma revisão minuciosa da inserção dos dados de produção, para garantir, por exemplo, o *check-in/checkout* dos atendimentos e o registro de faltas indevidas. A importância da verificação e correção dos dados extrapola a questão da produção e faturamento dos atendimentos, por serem informações essenciais que aumentam a precisão na organização da rotina da unidade, além de contribuírem para o planejamento dos serviços e ações em saúde e para regular a relação entre oferta e demanda.

### **6.5 Propostas de estratégias para o enfrentamento do absenteísmo de usuários no IEDE**

No estudo sobre o projeto de intervenção foi observada a importância do conhecimento sobre as necessidades de saúde, as causas das dificuldades na utilização dos serviços e as possíveis motivações para o absenteísmo do usuário. Tais informações são fundamentais para o planejamento e a tomada de decisões pelos gestores, pois suscitam a correção ou a diminuição dos casos de usuários faltosos na unidade e, conseqüentemente, o aumento da produção dos profissionais e da resolução das demandas de saúde (FARIAS et al., 2020).

Os resultados do projeto de intervenção evidenciaram que a grande maioria dos determinantes de barreira de acesso interagiram com mais de um nível. Através deste resultado apresenta-se a hipótese que, de acordo com o contexto de vida do usuário, os determinantes podem transitar simultaneamente entre os níveis individual, organizacional e político-institucional. Assim, as estratégias para a redução do absenteísmo devem considerar a realidade dos atores envolvidos na atenção à saúde.

Tendo em vista os aspectos apresentados, as estratégias para o enfrentamento do absenteísmo deveriam, inicialmente, partir do acolhimento na unidade de saúde, o qual consiste em uma ação tecnoassistencial que faz parte do processo de trabalho e se realiza mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo-se o usuário como sujeito e participante no processo de produção da saúde. Em suma, o profissional deve executar o atendimento visando à resolutividade e à responsabilidade, ao buscar acolher, escutar e pactuar as respostas adequadas às demandas dos usuários (FALK et al., 2010).

A melhoria da comunicação por meio da escuta qualificada e da promoção do diálogo faz parte do bom atendimento ao usuário. Nesse sentido, o profissional de saúde não deve limitar sua escuta às respostas pontuais sobre a doença que levou o usuário ao ambulatório, ou seja, deve praticar a escuta ampliada de forma a conhecer a realidade vivida pelo usuário e intervir conforme as necessidades verificadas.

Logo, a comunicação mostra-se como um aspecto importante para proporcionar melhores condições de acesso aos serviços de saúde. Isso porque a escuta e o conhecimento das demandas de saúde do usuário, com o propósito da integralidade da atenção e da busca por maior resolutividade das necessidades de saúde, inserem-se no movimento de universalização, em que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado (CHUPEL; MIOTO, 2015).

A realização de ajustes nos processos de marcação de consultas apresentou-se como uma estratégia para evitar as faltas e a ociosidade dos profissionais devido à ausência do usuário nas consultas programadas. É preciso ampliar o setor de marcação de consultas para aumentar as formas de comunicação da população com a unidade. A criação de uma seção que funcione como canal de atendimento telefônico, específica para marcação de consultas (agendamento/ desmarcação), diminuiria a dificuldade de comunicação com o setor para o reagendamento de consultas.

Além disso, a seção ficaria responsável pela organização do serviço de envio de lembretes via SMS e/ou *WhatsApp*®, 48 horas antes das consultas agendadas, com a opção de

cancelamento da consulta na própria mensagem. Destaca-se que o cancelamento por mensagem disponibiliza a vaga para outros usuários, mas não oferece a opção de reagendamento, que deve ser realizado presencialmente ou por ligação telefônica, visto que as ferramentas de mensagem utilizadas não permitem conversação. Desse modo, é necessário estar atento para que essas ferramentas de lembrete não se tornem barreiras de acesso, devendo a sua utilização respeitar a realidade de cada usuário (RODRIGUES et al., 2020).

A uniformização dos processos de cadastro é outra peça-chave para o sucesso da comunicação e planejamento coerente com a realidade da unidade, pois esta necessita de informações exatas. Na unidade, são os profissionais do setor de marcação de consultas os responsáveis por abrir prontuário e cadastrar o usuário no Sistema Klinikos, sendo que a demanda de agendamento de consultas já é grande, e esse contexto propicia erros no momento do cadastro do usuário recém-chegado à unidade. Portanto, a criação de uma seção dedicada à abertura de prontuário e ao cadastramento dos usuários é essencial para a uniformização dos processos de cadastro.

A elaboração de um protocolo de atendimento para usuários em situação de absenteísmo e ausentes é uma estratégia que auxilia na redução do abandono de tratamento, amplia a possibilidade de agendamento para os usuários do serviço e diminui a ociosidade dos profissionais. Uma das ações que poderia existir neste protocolo é o encaminhamento para o Serviço Social quando o usuário está ausente da unidade por um período superior a três meses, com o objetivo de se estabelecer um fluxo em que o usuário passe pelo Serviço Social para receber orientações sociais e sobre a rotina institucional, o documento para agendamento de consulta na clínica principal e ser encaminhado para marcação de consulta. Essa prática é realizada por alguns profissionais da marcação de consultas, mas de forma não oficial. Por fim, destaca-se que o protocolo de atendimento para usuários ausentes não tem como intuito cercear o acesso ao tratamento de saúde, e sim que os profissionais de saúde conheçam as causas do absenteísmo e forneçam orientações para que os usuários não voltem a interromper o tratamento.

O acompanhamento gerencial sistemático é organizado pelos setores de planejamento e faturamento da unidade. No entanto, o foco está direcionado apenas para o monitoramento da produção dos profissionais. Diante dos resultados deste estudo, recomenda-se que nesse acompanhamento sejam inseridos como objetos de análise o acesso e a utilização do serviço, que estão vinculados à produção da unidade.

É possível, com base no acompanhamento gerencial, reorganizar os serviços e ambulatoriais, modificando a lógica de atendimento para centrar-se na demanda do usuário

que acessa a unidade de saúde (CHUPEL; MIOTO, 2015). A utilização correta dos dados proporcionaria um melhor gerenciamento e monitoramento de agenda dos profissionais conforme as necessidades de serviço apresentadas pelas demandas dos usuários e pela produção dos profissionais. Outro exemplo de reorganização do serviço diz respeito ao funcionamento de alguns setores fora do horário comercial, como a marcação de consultas e exames laboratoriais/imagem, o que beneficiaria os usuários que trabalham e/ou estudam, os quais têm maior dificuldade de agendamento e por isso recaem em faltas ou atrasos.

Para os gestores, a ausência de parâmetros para o absenteísmo do usuário torna a análise das faltas imprecisa. Além disso, a temática não é contemplada nas políticas públicas, apesar de sua relevância para o planejamento e a implementação das ações em saúde. Diante dessa lacuna de parâmetros nacionais oficiais, o IEDE atualmente utiliza a taxa de 24% como limite para o absenteísmo por determinação da Fundação Saúde. Logo, o desinteresse do governo federal em criar parâmetros, associado a um plano/programa e ações, voltados ao enfrentamento do absenteísmo de usuários faz com que governos municipais e instituições administrativas e/ou unidades de saúde criem parâmetros próprios de absenteísmo nas unidades públicas de saúde. Dito isso, sugere-se que a unidade adote parâmetros de absenteísmo de acordo com os dados gerenciais, especificados por grupo de atuação na unidade, e cuidando para que a taxa não seja superior ao determinado pela Fundação Saúde.

Quanto às ações para a sensibilização e a capacitação dos profissionais, devem originar-se da problematização do processo de trabalho, com o propósito de modificar as práticas profissionais e a organização de trabalho, cuja referência é a necessidade de saúde do usuário (FALKENBERG et al., 2014). Assim sendo, reorganização do processo de trabalho, através de capacitações e treinamentos de recursos humanos, representa um instrumento pedagógico capaz de provocar mudanças na rotina dos serviços (BERNARDI; ALBIERO; HELENA, 2021).

A criação de um plano anual de capacitações e treinamentos que tratasse de assuntos como absenteísmo, acolhimento e comunicação com o usuário contribuiria para a compreensão do problema existente, suas consequências, e como a atuação profissional pode ser fundamental para reduzi-lo. Dentre os resultados esperados da execução desse plano, estão a melhoria da qualidade do atendimento, o aumento da satisfação do usuário e a redução do absenteísmo e do abandono ao tratamento.

Vale lembrar que é importante ouvir os profissionais e setores sobre novas temáticas a serem abordadas a fim de tornar o processo participativo. Ademais, as ações educativas em



saúde podem acontecer no formato de palestras, cursos, minicursos, oficinas e materiais educativos.

Contudo, apenas as ações de reorganização do serviço, modificação na rotina dos serviços e qualificação dos profissionais são insuficientes para garantir a redução do absenteísmo na unidade, de modo que é imprescindível a conscientização do usuário sobre o uso responsável do serviço público de saúde (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010). Para isso, indica-se realização de campanhas internas para os usuários, incluindo temas variados como, por exemplo, a importância do cadastro atualizado; a responsabilidade sobre o autocuidado; a responsabilidade de cumprir os agendamentos e desmarcar os atendimentos com antecedência; informações sobre a rotina de funcionamento da unidade.

As campanhas teriam ampla divulgação interna através de *folders*, cartazes e apresentações animadas nos televisores da sala de espera. E os profissionais, durante os atendimentos, reforçariam brevemente a temática abordada em cada campanha.

Embora um dos objetivos propostos no estudo tenha sido propor estratégias para redução do absenteísmo em consultas subsequentes na unidade, a análise sobre as possíveis barreiras de acesso dos usuários faltosos revelou que as causas não se limitam aos fatores internos, mas também abarcam questões intersetoriais que envolvem políticas públicas de saúde. O estudo apontou dentre as causas para a falta do usuário aos atendimentos programados com maiores frequências são a dificuldade de liberação do trabalho (24%) e questões financeiras relacionadas à medicamentos e transporte (22%). Diante das condicionantes e determinantes da saúde (BRASIL, 1990b), observa-se que as questões de saúde cruzam setores e atores envolvidos, que impossibilita que as resoluções destas estejam concentradas apenas no setor saúde, nesse sentido, as barreiras de acesso demandam novas estratégias para o enfrentamento, com ações intersetoriais (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo foram encontrados ao menos quatro fatores limitantes identificados na análise do projeto de intervenção e seus resultados, relacionados ao processo de elaboração, coleta de dados, avaliação e percepção dos atores envolvidos, que seriam pontos de atenção em casos de futuras reproduções e implementações do projeto.

Em relação ao processo de elaboração, apesar de ser um projeto genuinamente do Serviço Social, seu desenvolvimento pôde contar com a atuação de outros profissionais na identificação do absenteísmo. Então seria importante estimular a participação dos outros setores na elaboração do projeto. Essa ação traria outros olhares sobre a relevância do projeto para o usuário e para a unidade, assim resultaria na maior adesão dos profissionais/ambulatórios ao projeto.

Na planilha de informações do projeto de intervenção foi encontrada uma lacuna sobre informações básicas para criação de um perfil dos usuários. Como o foco do projeto estava na identificação das causas do absenteísmo, aparentemente não houve o cuidado em coletar informações completas do usuário como cor ou renda familiar dos usuários inseridos no projeto.

Da mesma forma, a ausência de informações sobre a avaliação do projeto pela equipe do Serviço Social repercutiu no estudo, no sentido de ter sido necessário buscar outras fontes de dados para análise. De fato, na elaboração do projeto não houve o planejamento detalhado da avaliação. Então tornou-se um processo avaliativo realizado sem indicadores, que teve como consequência avaliações superficiais demonstradas nos relatórios anuais. O processo avaliativo é importante na medição do sucesso do projeto.

No estudo ficou explícito que no processo de elaboração e desenvolvimento do projeto não foi criado um espaço para que os atores envolvidos deixassem sua. Logo, a ausência da percepção de todos os atores envolvidos sobre o fluxo e do desenvolvimento projeto diminui a possibilidade de contribuição para melhorias no próprio projeto e nas ações interventivas.

No entanto, apesar de melhorias que necessitam ser desenvolvidas no projeto, o estudo trouxe novas percepções sobre o acesso e utilização dos serviços públicos especializados e a sua relação com o absenteísmo do usuário, principalmente do município do Rio de Janeiro.

O processo investigativo para identificação dos fluxos assistenciais reafirmou que um dos gargalos da rede assistencial de saúde é a oportunidade de uso e a concretização na

utilização dos serviços de saúde, do qual o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia mostrou-se um exemplo. A possível visualização deste cenário ocorreu através do indicativo de vagas ociosas e do absenteísmo dos usuários presentes tanto nos sistemas de regulação (SISREG e SER) quanto na disposição dos fluxos assistenciais internos para usuários já inseridos no serviço especializado.

No período do primeiro semestre de 2021, a população residente nos demais municípios do estado do Rio de Janeiro apresentou maiores percentuais nas vagas ociosas e de casos de absenteísmo nas consultas agendadas pelo SISREG e SER, indicando que ela pode ter encontrado maiores obstáculos de acesso aos serviços em comparação com a população moradora do município do Rio de Janeiro.

O estudo apontou para possibilidade de um dos obstáculos para marcação de consulta do primeiro acesso ao serviço não estar relacionado diretamente com a quantidade insuficiente de vagas e sim com os critérios de acesso a este serviço, diante da frequência de vagas ociosas no SISREG, apesar de existir fila de espera, em razão do usuário ser encaminhado por serviços que não fazem ou não conseguem, por falta de exames laboratoriais e/ou de imagem, fazer diagnóstico exigido para entrada num hospital de referência. De acordo com Spedo, Pinto e Tanaka (2010) a baixa resolutividade nos serviços de saúde também está associada à dificuldade em realizar exames fundamentais para esclarecimento do diagnóstico e/ou definição do tratamento.

O problema no acesso às consultas especializadas no IEDE pode ter como eixo central a regulação da rede de atenção à saúde, no que tange a oferta e a demanda das necessidades de saúde dos usuários. Diante dos entraves na garantia do acesso dos usuários através do SISREG, que não foram amplamente analisados neste estudo, é necessário reconhecer a urgência da mudança estratégica, através reordenamento organizacional no sistema de regulação (BERNARDI; ALBIERO; HELENA, 2021; KOSTER et al. 2019).

O absenteísmo do usuário com consulta marcada pelo SISREG, quando o tempo de espera para consulta especializada pode ultrapassar 1 mês, pode ser resultado de múltiplas causas, dentre as quais a grande distância entre o local de residência e o IEDE, que traz como barreiras à dificuldade de locomoção, o custeio do transporte, a dificuldade de acesso ao transporte do TFD e as restrições de transporte em algumas localidades.

A ociosidade das vagas e o absenteísmo são aspectos relacionados ao acesso e utilização dos serviços de saúde, que demonstram que apenas a disponibilização de vagas nos Sistemas de Regulação é insuficiente quando o Estado não garante meios de acesso e garantia da utilização dos serviços de saúde. Conforme disposto na Constituição Federal (BRASIL,

1988) e na Lei Orgânica da Saúde 8080/90 (BRASIL, 1990b) é dever do Estado formular e executar políticas que assegurem condições de acesso às ações e serviços de saúde.

No estudo do fluxo assistencial dos usuários inscritos no IEDE, no primeiro semestre do ano de 2021, foi identificado o movimento desordenado de oferta de vagas, onde nos dados apresentados não houve uma indicação de planejamento na agenda mensal dos ambulatórios baseado no estudo da demanda e da oferta. O resultado da possível falta de planejamento é a ociosidade das vagas internas, que pode ser interpretada de forma equivocada quando relaciona as vagas não utilizadas com inexistência da fila de espera na unidade.

A utilização do recurso de consulta extra pelos profissionais para atender usuários não agendados traz como possibilidade a existência da demanda (interna) reprimida, visto que não existe um indicador na unidade que meça o quantitativo de usuários que não conseguiram realizar o agendamento para o período programado pelo profissional de saúde. Além disso, a ausência do planejamento e organização da agenda também reflete na marcação de consultas que conta com longas filas e insegurança de não conseguir se consultar no período estimado pelo profissional, o que faz com que o usuário chegue cedo ao local de marcação como um artifício de garantia de vaga.

O interesse do projeto desenvolvido no IEDE foi colocar em evidência o tema do acesso do usuário ao serviço especializado de saúde, através da análise dos casos de absenteísmo e como ele influencia na gestão hospitalar e no trato terapêutico do usuário. Uma vez que a relevância do absenteísmo do usuário está na sua ambivalência para os serviços públicos de saúde, no sentido de que pode ser um obstáculo na ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, ao mesmo tempo que também pode ser resultado de outras barreiras de acesso, como as estruturais e organizacionais (FARIAS et al., 2020).

Durante os três anos de desenvolvimento do projeto, foram elencadas vinte e três causas vinculadas à falta de assiduidade nas consultas subsequentes, identificadas neste estudo como barreiras de acesso e utilização dos serviços de saúde. O resultado da análise mostrou que, de acordo com o contexto de vida do usuário, os determinantes podem transitar simultaneamente entre os níveis individual, organizacional e político-institucional, como, por exemplo o trabalho inserido no nível individual (situação socioeconômica), organizacional (rotina e organização da unidade de saúde) e político-estrutural (falta de aporte do Estado para continuação do tratamento).

Por outro lado, na unidade, cujas vagas para consultas são limitadas, o absenteísmo, enquanto barreira de acesso, prejudica tanto o usuário que não pôde agendar consulta por falta de vaga, quanto na organização da assistência aos usuários e no dimensionamento dos

recursos humanos da unidade (SILVEIRA, 2013). Diante disso, os gestores e equipes de profissionais da saúde possuem a propensão em culpabilizar o usuário, como se a única causa do absenteísmo fosse a falta de compromisso do usuário com o tratamento (PINTO et al., 2021; CAMPOVILLE, 2019; CATELAN, 2018).

O projeto de intervenção apresentou as outras facetas do absenteísmo aos gestores e equipe de profissionais, onde a ação interventiva iniciou um processo de superação da visão que culpabiliza o usuário e que levava a propostas punitivas, como retirar o direito do usuário faltoso de se tratar na unidade. O projeto e sua forma de abordagem do absenteísmo contribuíram para mudanças no processo organizativo da unidade como: no acolhimento do usuário em situação de absenteísmo; na rotina do Serviço Social no atendimento para usuários em absenteísmo; na atualização dos dados cadastrais do usuário; na organização da rotina institucional da marcação de consultas através da implantação do serviço de mensagens para lembrar da consulta.

O presente estudo visou contribuir com a discussão sobre o absenteísmo dos usuários em consultas especializadas no Rio de Janeiro, a partir da perspectiva de acesso e utilização de serviços. Para estudos futuros que visem o aprofundamento sobre a utilização dos serviços de saúde sugere-se a investigação no planejamento da disponibilização de vagas nos Sistemas de Regulação e nas unidades de saúde, assim como na atuação do Estado na garantia de acesso universal do usuário a todo o tratamento.

Especificamente quanto aos estudos sobre absenteísmo, sugere-se uma investigação sobre os índices de absenteísmo nas unidades de saúde especializadas no Rio de Janeiro e a identificação das possíveis ações interventivas destas unidades.

## REFERÊNCIAS

- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv. Res.*, v. 30, n. 3, p. 327–335, 2018.
- ALMEIDA, N. L. T. Retomando a Temática da Sistematização da Prática em Serviço Social. In: MOTA, A. E. *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 399-407.
- ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Q.*, v. 83, n. 4, p. 311–316, 2008.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012.
- AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Physis*, v. 22, n. 4, p. 1333–1356, 2012.
- BAHIA, L. Entradas e Bandeiras e o SUS no Século XXI. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2878-2880, 2012.
- BAPTISTA, S. C. P. D. et al. O absenteísmo dos pacientes em consultas ambulatoriais: revisão integrativa da literatura. *Rev. Esc. Enferm. USP*, p. 1-9, 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0380>
- BELTRAME, S. M. et al. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde Debate*, v. 43, n. 123, p. 1015- 1030, out. 2019.
- BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Espaço saúde*, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010.
- BERNARDI, H.; ALBIERO, J. F. G.; HELENA, E. T. S. Regulação do acesso às consultas especializadas: percepções de gestores e profissionais em município de médio porte do sul do Brasil. *Rev. Gest. Sist. Saúde*, v. 10, n. 2, p. 180-199, 2021.
- BITTAR, O. J. N. V et al. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. *Bepa Bol. Epidemiol. Paul.*, v. 13, n. 152, p. 19-32, ago. 2016.
- BORGES, D. et al. O impacto da violência no acesso à saúde nas comunidades de baixa renda. *Hasow*, Rio de Janeiro, Discussion Paper 13, 2014. Disponível em: <https://igarape.org.br/o-impacto-da-violencia-no-acesso-saude-nas-comunidades-de-baixa-renda>. Acesso em: 21 ago. 2021.
- BOTLER, J. *Avaliação de desempenho do programa de triagem neonatal do estado do Rio de Janeiro*. 2010. 239f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: em 10 de maio de 2021.

BRASIL. Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, p. 10227, 13 jul. 1984.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 135, p. 13563, 16 jul. 1990a.

BRASIL. Lei n.º 8080, 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*: Brasília, DF, 20 set. 1990b.

BRASIL. Lei n.º 13.257 de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 09 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual. *Teste do pezinho*. Brasília, DF, 2009a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/teste-do-pezinho/>. Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/n.º. 822*. Cria o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). Brasília, DF, 6 de junho de 2001. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822\\_06\\_06\\_2001.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html). Acesso em: em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 30 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Portaria SAS/055*. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal*. 2. ed. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS*. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_producao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf). Acesso em: 22 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília, DF: Ministério Saúde, 2000. 44p.

BRASIL. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS*, Informações de SIA/SUS . Tabulador de Dados para o Windows (Tabwin), versão 4.1.5. Acesso em: 07 de maio de 2021.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. *Estabelecimento de Saúde Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione*. 2021. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/3304552270803> . Acesso em: 07 maio 2021.

CAMPOVILLE, J. M. H. *Estudo sobre absenteísmo em ambulatórios médicos especializados no interior de São Paulo*. 2019. 47f. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2019.

CARDOSO, M. F. *Absenteísmo dos usuários no Sistema Único de saúde revisão bibliográfica*. 2019. 37f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Gestão em Saúde) - Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

CATELAN, D. *Absenteísmo no serviço ambulatorial do SUS: estratégias e perspectivas das equipes de saúde na rede pública no Departamento Regional de Saúde II - Araçatuba-SP 2011-2017*. 166f. Dissertação (Mestre em Ciências da Saúde) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

CAVALCANTI, R. P. et al. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. *Tempus*, v. 7, n. 2, p. 63–84, set. 2013.

CHUPEL, C. P.; MIOTO, R. C. T. Acolhimento e serviço social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. *Serv. Soc. Saúde*, v. 9, n. 2, p. 37, 2015.

COELHO, E. B. et al. Relação entre a Assiduidade às Consultas Ambulatoriais e o Controle da Pressão Arterial em Pacientes Hipertensos. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 85, n. 3, 2005. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2005001600002>

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO RIO DE JANEIRO. Histórico. 2021. Disponível em <http://www.cib.rj.gov.br/conheca-a-cib-rj/2374-historico.html>. Acesso em: 17 fev. 2022.

CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.



COSEMS-RJ; LAPPIS/IMS/UERJ. Rede de Atenção à Saúde e Organização do Cuidado no Território. In: COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ (org.). *Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”*. 2.ed. revisada, ampliada. Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019. p. 200-239.

DANTAS, L. F. et al. *No-shows in appointment scheduling – a systematic literature review* Health Policy Elsevier Ireland Ltd, abr. 2018.

DUTTON, D. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. *Soc Sci Med.*, v. 23, n. 7, p. 721-735, 1986. doi: 10.1016/0277-9536(86)90121-8. PMID: 3775454.

FALK, M. L. R. et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev. APS*, v. 13, n. 1, p. 4–9, 2010.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 847–852, 2014.

FARIAS, C. M. L. et al. Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 2239, jun. 2020.

FERREIRA, A. B. H. *Dicionário da língua portuguesa*. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 125–133.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde - PROADESS*. 2011. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php>. Acesso em: 02 fev. 2022.

FUNDAÇÃO SAÚDE. *Histórico*. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.fs.rj.gov.br/institucional/historico/>. Acesso em: em: 10 ago. 2021.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

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

GRAVATAÍ (RS). *Projeto de Lei do Executivo 23/2020*. Estabelece caução para paciente que faltar injustificadamente a procedimento marcado pelo SUS e dá outras providências. Gravataí: Câmara Municipal de Gravataí, 2020. Disponível em <https://www.cmgravatai.rs.gov.br/documento/projeto-de-lei-do-executivo-23-2020-284> 894. Acesso em: 16 fev. 2022.

GUSMÃO, J. L.; MION JUNIOR, D. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev. Bras. Hiperten.s*, v. 13, n. 1, p. 23–25, 2006.

IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde*. 2019. Informações sobre domicílios sobre acesso e utilização dos serviços de saúde. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=28655&t=resultados>. Acesso em: 22 fev. 2022.

IZECKSOHN, M. M. V.; FERREIRA, J. T. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, v. 9, n. 32, p. 235-241, ago. 2014.

KOSTER, I. et al. *Relatórios de pesquisa: Análise Situada do Sistema de Regulação de Consultas e Exames no Município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, 2019.

KUSCHNIR, R. et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: OLIVEIRA, R. G. DE; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. (Eds.). *Qualificação de Gestores do SUS*. Rio de Janeiro: ead/ENSP, 2012. p. 125-157.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm.*, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.

MACEIÓ (AL). Secretaria Municipal de Saúde. *Não comparecimento em consultas e exames chega a 40% em Maceió*. 2021. Disponível em: <https://maceio.al.gov.br/noticias/sms/nao-comparecimento-em-consultas-e-exames-chega-a-40-em-maceio>. Acesso em: 16 fev. 2022.

MAZZA, T. O. et al. Fatores do absentismo em primeira consulta num ambulatório de oncologia em um Hospital Universitário. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, v. 52, n. 1, p. 24-33, 2019. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i1p24-33>.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MONTEIRO, A. K. S. et al. *Absenteísmo em atendimento ambulatorial: um relato de experiência no Hospital Universitário de Brasília*. In: MATTOS, S. M.; FREIRE, K. A. (Eds.). *Atenção interdisciplinar em saúde*. Ponta Grossa: Atena Editora, 2019. v. 1, p. 388-416.

NEVES JUNIOR, W. V. *Plano de ação para minimizar o absentismo na atenção ambulatorial de um hospital universitário federal da Região Metropolitana II, na cidade Niterói – RJ*. 13f. Relatório Técnico (Bacharelado em administração pública) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/5971>. Acesso em: 15 mar. 2021.

NIR-IEDE. *Relatório de vagas e agendamento SISREG – IEDE do primeiro semestre de 2021*. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, 2021 (Acesso restrito).

OBSERVATÓRIO DE POLÍTICA E GESTÃO HOSPITALAR. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Rio de Janeiro – Profissionais*. 2022. Disponível em <https://observatorioshospitalar.fiocruz.br/>. Acesso em: 22 fev. 2022.

OLESKOVICZ, M. et al. Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, n. 5, p. 1009- 1017, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICA DA SAÚDE. *OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. [s.l.]*: OPAS, OMS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 23 nov. 2021.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS, Bol. Inst. Saúde*, v.12, n.2, ago. 2010. Disponível em: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-8122010000200002&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-8122010000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 set. 2021.

PIÑERA, A. M. D. et al. Utilización de los servicios médicos en un área de salud. *Rev. cuba. hig. epidemiol.*, v. 51, n. 1, p. 27-39, 2013.

PINTO, R. B. et al. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo de pacientes em consultas e exames agendados pelos sistemas de saúde: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 7, p. e46210716671, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16671>

PONTES, A. P. M. de et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Escola Anna Nery*, v. 13, n. 3, p. 500-507, set. 2009.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão / não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 13, n. 2, p. 2299-2306, 2008.

RIO DE JANEIRO (Estado). *Decreto nº 44728, de 13 de julho de 2018*. Regulamenta a Lei nº 5.211, de 1º de julho de 2010, que institui o Bilhete Único Municipal, bem como a Lei nº 3.167, de 27 de dezembro de 2000, que assegura o exercício das gratuidades previstas no art. 401 da Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro, mediante a instituição do Sistema de Bilhetagem Eletrônica nos serviços de transporte público de passageiros por ônibus do Município do Rio de Janeiro, e dá outras providências, para incluir o exercício das gratuidades legalmente instituídas, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 13 jul. 2018a. Disponível em: <https://smaonline.rio.rj.gov.br/ConLegis/ato.asp?56761>. Acesso em: 1 abr. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). *Decreto nº 45820, de 16 de novembro de 2016*. Altera o decreto estadual nº 36.992, de 25 de fevereiro de 2005, o qual regulamenta a Lei Estadual nº 4.510, de 13 de janeiro de 2005. Rio de Janeiro, 16 nov. 2016a. Disponível em: <http://www.pesquisaatosdoexecutivo.rj.gov.br/Home/Detalhe/192652>. Acesso em: 1 abr. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione. *Carta de serviço ao usuário*. 2018b. Disponível em: <http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/fidelidade/wp-content/uploads/2013/12/Carta-de-Servi%C3%A7os-IEDE.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione. *Planejamento Estratégico 2020-2023*. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em:

<http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/fidelidade/wp-content/uploads/2013/12/Book-PE-IEDE-2020-2023-VD.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Prefeitura do Rio de Janeiro. *Portal de Transparência SISREG*. 2022a. Disponível em: <https://web2.smsrio.org/minhasaudeRio/#/painel>. Acesso em: 22 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). *Regulação*. Rio de Janeiro, 2021a. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/regulacao/complexo-regulador-estadual/sobre-a-regulacao>. Acesso em: 15 maio 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretária de Estado de Saúde. *Contrato de Gestão N° 002/2021, que entre si celebram o estado do Rio de Janeiro, através da Secretaria de Estado de Saúde – SES/RJ e a fundação saúde do estado do Rio de Janeiro – FS*. 2021b. Disponível em: [http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/fidelidade/wp-content/uploads/2015/07/Contrato\\_de\\_Gestao\\_02\\_2021\\_e\\_Anexos\\_completo.pdf](http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/fidelidade/wp-content/uploads/2015/07/Contrato_de_Gestao_02_2021_e_Anexos_completo.pdf). Acesso em: 23 nov. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretária de Estado de Saúde. *Diagnóstico Regional Atualizado – Região de Saúde Metropolitana I*. 2020a. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzM%2C>. Acesso em: 23 nov. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretária de Estado de Saúde. *Resolução SES n° 2004 de 18 de março de 2020*. Regulamenta as atividades ambulatoriais nas unidades de saúde públicas, privadas e universitários com atendimento ambulatorial e no estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2020b. Disponível em: <https://pge.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTAyNTM%2C>. Acesso em: 23 nov. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretária de Estado de Saúde. *Resolução SES n° 2052 de 24 de junho de 2020. Dispõe sobre o reinício de consultas ambulatoriais, exames e procedimentos cirúrgicos eletivos no Estado do Rio de Janeiro, e dá outras providências*. Rio de Janeiro, 2020c. Disponível em: [http://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra\\_edicao.php?session=VVd0U1FrNVVva0pPVIUxMFRXcEZlVTFETURCT1ZGbDNURIZKZUZKcVNyUIJhMFpIVGtSWmVVOVWw0pSYW1zdw==&p=Nw==&tb=MjA1MiYjMDZzOw==](http://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?session=VVd0U1FrNVVva0pPVIUxMFRXcEZlVTFETURCT1ZGbDNURIZKZUZKcVNyUIJhMFpIVGtSWmVVOVWw0pSYW1zdw==&p=Nw==&tb=MjA1MiYjMDZzOw==). Acesso em: 23 nov. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretária de Estado de Saúde. Subsecretaria Extraordinária de COVID-19. *Nota Técnica n° 13/2020*. Monitoramento para tomada de decisão no enfrentamento à pandemia de covid-19 no estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2020d. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzYyNjU%2C>. Acesso em: 23 nov. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione. *Termo de Referência*. Rio de Janeiro, 2017a. Disponível em: <http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/fidelidade/wp-content/uploads/2015/07/01-Anexo-I-Termo-de-Refer%C3%Aancia-IEDE.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. *Termo de Referência*: Instituto Estadual de Hematologia Arthur Sirqueira Cavalcanti – HEMORIO – HOSPITAL (IEHE), HEMOCENTRO da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e Centro Estadual Operacional de Monitoramento e Acompanhamento em Triagem Neonatal no Estado do Rio

de Janeiro. Setembro de 2017b. Disponível em: <http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/fidelidade/wp-content/uploads/2015/07/03-Anexo-III-Termo-de-Refer%C3%Aancia-HEMORIO.pdf>. Acesso em: 31 out. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. SISREG – Protocolo para o Regulador. *Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais*. Rio de Janeiro, 2016b. Disponível em: [https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/GUIAS\\_REFERENCIA/sisreg\\_%E2%80%93\\_protocolo\\_para\\_o\\_regulador.pdf](https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/GUIAS_REFERENCIA/sisreg_%E2%80%93_protocolo_para_o_regulador.pdf). Acesso em: 17 mar. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Superintendência Estadual de Regulação – Paineis ambulatoriais. 2022b. Disponível em: <https://painel.saude.rj.gov.br/Regulacao/Ambulatorio.html>. Acesso em: 22 fev. 2022.

RODRIGUES, J. et al. Impacto das mensagens de texto para redução do absenteísmo às consultas especializadas: um estudo aleatorizado. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, v. 31, n. 3, p. 1566, 2020.

ROMERO F. et al. Avaliação da Confirmação de Agendamento Prévio, como Ferramenta de Gestão para Redução das Taxas de Absenteísmo. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE DESEMPENHO DO SETOR PÚBLICO, 1., 2017, Florianópolis. *Anais [...]*. Florianópolis: UFSC, 2017. p. 2146-2158.

SANCHEZ, C. G.; PIERIN, A. M. G.; MION JUNIOR., D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 38, n. 1, p. 90-98, mar. 2004.

SÁNCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, J. S. *Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: um estudo em um município baiano*. 2008. 34f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sistemas de Saúde) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, 2008.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. *Programação Pactuada e Integrada*. 2021. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/sistemas-e-formularios/sistemas/programacao-pactuada-e-integrada>. Acesso em: 13 fev. 2022.

SILVA, M. F.; MOREIRA, M. C. N. Dilemas na regulação do acesso à atenção especializada de crianças com condições crônicas complexas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 26, n. 6, p. 2215-2224, 2021.

SILVA, M. T. F. *Avaliação da redução do absenteísmo às consultas marcadas em um serviço de referência em diabetes*. 2013. 35f. Projeto de Pesquisa (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) - Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2013.

SILVEIRA, G. S. et al. Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, v. 13, n. 40, p. 1-7, 2018.

SILVEIRA, R. P. *Determinantes do absenteísmo nas consultas agendadas para a rede assistencial do Sistema Único de Saúde*. 2013. 108f. Dissertação (Mestrado Morfologia e Cirurgia Experimental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SIQUEIRA, U. B. G. *Análise do impacto da fila de espera na probabilidade de absenteísmo em exames e consultas*. Vitória de Santo Antão: Universidade Federal de Pernambuco, 2018.

SISTEMA KLINIKOS. *Agendamento de atendimento*. IEDE, Rio de Janeiro. Disponível na intranet do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione. Acesso em: 20 maio 2021.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, n. 19, n. 4, p. 1283-1294, 2014.

SPEDE, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis*, v. 20, n. 3, p. 953-972, nov. 2010.

SUK, M. Y. et al. Evaluation of patient no-shows in a tertiary hospital: Focusing on modes of appointment-making and type of appointment. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v. 18, n. 6, p. 1-15, 2021.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, 2008.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

TRÊS RIOS (RJ). Secretaria de Saúde. *Secretaria de Saúde passa a informar agendamento de exames e consultas via Whatsapp*. 2021. Disponível em: <https://tresrios.rj.gov.br/index.php/2021/10/08/secretaria-de-saude-passa-a-informar-agendamento-de-exames-e-consultas-via-whatsapp/>. Acesso em: 16 fev. 2022.

Universidade Aberta do SUS. 2018. *Regulação do Acesso Ambulatorial - T3: monitoramento*. Disponível em: <https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/mod/page/view.php?id=2918>. Acesso em: 16 fev. 2022.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 24, n. 6, p. 445-452, dez. 1990.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, A. E. *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 242-272.

## ANEXO A – Termo de anuência institucional

**TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL**

Ilmo Sr.  
**Dr. Almar Bastos**  
**Diretor Geral do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione**

Venho por meio deste solicitar a autorização desta instituição para realização da pesquisa intitulada "Como diminuir o absenteísmo de usuários em consultas de especialidades : a experiência de um Instituto de referência no Rio de Janeiro", a ser desenvolvida pela assistente social Indaiara Ribeiro Cesário (Matricula: 7767-7), com o objetivo de obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Realizada no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC-IMS/UERJ) do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social (PPGSC-IMS/UERJ), a pesquisa tem como objetivo analisar o absenteísmo dos usuários nos atendimentos subsequentes nos ambulatórios e apresentar a experiência do projeto de intervenção do Serviço Social do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia.

Para apresentação da experiência e análise dos resultados, torna-se necessário o acesso a informações na área de planejamento e gestão, tais como: produção dos profissionais/ambulatórios, agendas dos profissionais no Sistema Klinikos, regulação de vagas internas e externas ao IEDE, relatórios do planejamento, Relatório Anual do Projeto de Intervenção e acesso aos bancos de dados do Projeto – informações essas a serem colhidas, a princípio, nos setores Núcleo Interno de Regulação (NIR), Planejamento e Serviço Social.

Informo que a pesquisa não envolve Seres Humanos, visto que os dados analisados serão de origem institucional, logo não necessitará de aprovação do Projeto de Pesquisa no Comitê de Ética como preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12, que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Na certeza de contarmos com a colaboração desta Direção, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Indaiara Ribeiro Cesário

Pesquisadora Responsável

Dra. Regina Krichuis - ENSP/Fiocruz

Orientadora

Declaro estar de acordo com a realização da pesquisa no âmbito desta instituição e autorizo a utilização do nome da instituição conste na dissertação, bem como futuras publicações em eventos e periódicos científicos.

Rio de Janeiro, 15/04/2021.

Dr. Almar Bastos  
 CRM: 52468/SP  
 Diretor Geral do IEDE  
 Mat.: 298135-5, ID: 3118908-3

**Diretor Geral**  
**do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione**  
**(assinatura e carimbo)**

## ANEXO B – Anuência da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

03/11/2021 15:41

SEI/ERJ - 24233375 - Despacho de Encaminhamento de Documento



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Saúde  
Subsecretaria Geral

CARTA DE ANUÊNCIA DA ÁREA TÉCNICA SES/RJ  
Fluxo baseado na Resolução SES/RJ nº 2.361/2021  
Carta em concordância com a Carta nº0212/CONEP/CNS/2010  
Carta em concordância com a Resolução CNS 466/2012

O setor de Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ, em conjunto com a Superintendente de Unidades Próprias e Pré Hospitalares vem por meio desta declarar estar ciente e conceder anuência para que o/a pesquisador/a: **Indaiara Ribeiro Cesário**, da instituição: **“Universidade Estadual do Rio de Janeiro”** para realização da pesquisa intitulada **"A redução do absenteísmo de usuários em consultas de especialidades no SUS: a experiência de um instituto de referência no Rio de Janeiro"** no âmbito da SES/RJ.

Declara-se ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente protocolo de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes do projeto de pesquisa nela recrutados dispondo da infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Declara-se esta autorização está condicionada a realização de pesquisa em documentos com restrição de identificações pessoais ou informações classificadas como sigilosas por razões de segurança e saúde pública, previsto pela legislação de acesso à informação pública - Lei nº 12.527/2011. Caso o pesquisador solicite dados que não estão previstos nesta legislação será necessário que o projeto seja submetido à(aos) Comitê(s) de Ética em Pesquisa pertinentes. No caso da não aprovação do protocolo em comitê de ética de pesquisa ocorrerá a retirada automática da anuência das Áreas Técnicas desta instituição.

Superintendente de Unidades Próprias e Pré Hospitalares  
Silvana V. P. O. Pereira  
ID: 2638105-2

Superintendente de Educação em Saúde  
Carina Pacheco Teixeira  
ID: 5005839

Rio de Janeiro, 29 de outubro de 2021



Documento assinado eletronicamente por **Carina Pacheco Teixeira, Superintendente**, em 03/11/2021, às 12:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **Silvana Valéria Prudente de Oliveira Pereira, Superintendente**, em 03/11/2021, às 14:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=6](http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6), informando o código verificador **24233375** e o código CRC **613A8641**.

Referência: Processo nº SEI-080001/024654/2021

SEI nº 24233375

Rua México,128, - Bairro Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-142  
Telefone: - www.saude.rj.gov.br



## ANEXO C – Critério de acesso ao IEDE: diagnósticos confirmados

(continua)

CLÍNICA	DIAGNÓSTICOS
<b>ENDOCRINOLOGIA</b>	
<b>Andrologia</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ginecomastia;</li> <li>2. Criptorquidia;</li> <li>3. Disfunção erétil e ejaculação precoce;</li> <li>4. Infertilidade-alterações no espermograma;</li> <li>5. Hipogonadismo masculino- pacientes com dosagens de testosterona baixas ou dificuldade de ereção e diminuição de libido;</li> <li>6. Micropênis;</li> </ol>
<b>Doenças de Ovário</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reposição hormonal feminina pós-menopausa;</li> <li>2. Infertilidade;</li> <li>3. Síndrome dos ovários policísticos;</li> <li>4. Hirsutismo -Aumento dos pelos corporais (face - tórax - abdome ...);</li> <li>5. Amenorreia primária ou secundária – Pacientes sem menarca após os 13 anos ou sem menstruação por mais de 3 meses já avaliados pela ginecologia;</li> <li>6. Hipogonadismo – Pacientes com deficiência dos hormônios femininos.</li> </ol>
<b>Doenças Osteometabólicas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hiperparatireoidismo;</li> <li>2. Hipoparatiroidismo/ Pseudohipoparatiroidismo – níveis de cálcio reduzidos;</li> <li>3. Hipercalcemias (Exceto ligadas a doença renal ou malignidade);</li> <li>4. Nefrolitíase de repetição (bilateral);</li> <li>5. Osteoporose (Densitometria óssea com T score -2 - 5 desvios padrão - com ou sem fratura prévia);</li> <li>6. Doença de Paget;</li> <li>7. Osteogênese imperfeita;</li> <li>8. Raquitismo e Osteomalacia.</li> </ol>
<b>Gestante Endocrinologia</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacientes grávidas portadoras de doenças endócrinas - exceto diabetes.</li> </ol>

## ANEXO C – Critério de acesso ao IEDE: diagnósticos confirmados

(continuação)

CLÍNICA	DIAGNÓSTICOS
<b>Hipófise/Adrenal</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hiperprolactinemia – Galactorréia e/ou amenorréia com história de prolactina elevada;</li> <li>2. Síndrome de Cushing -Níveis de cortisol elevados ou investigação de hipercortisolismo em pacientes com clínica sugestiva (estrias violáceas - hipertensão arterial - diabetes mellitus - osteoporose ...);</li> <li>3. Pan-hipopituitarismo – Investigação de deficiência de hormônios hipofisários (cortisol baixo - amenorreia - níveis de testosterona reduzidos ...);</li> <li>4. Acromegalia – Níveis elevados de IGF-1 e hormônio de crescimento com alterações em face e extremidades;</li> <li>5. Incidentalomahipofisário ou sela vazia – massas ou cistos ou aspecto de sela vazia na região da sela turca em exames de imagem. História de apoplexia hipofisária;</li> <li>6. Diabetes insípido – produção de urina e sede excessivas afastadas outras causas comuns de poliúria (Diabetes mellitus);</li> <li>7. Pós-operatório de cirurgia hipofisária;</li> <li>8. Insuficiência Adrenal – (fraqueza - níveis de sódio reduzidos - eosinófilos aumentados - hipotensão ...);</li> <li>9. Hiperplasia Adrenal congênita;</li> <li>10. Investigação de massas adrenais;</li> <li>11. Hiperaldosteronismo -hipertensão arterial em uso de 4 anti-hipertensivos ou 3 anti-hipertensivos sem controle podendo estar associado a hipocalemia;</li> <li>12. Feocromocitoma -Hipertensão em paroxismos - cefaleia - palpitações...).</li> </ol>
<b>Tireoide</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipertireoismo;</li> <li>2. Hipotireoidismo: TSH &gt; 10 - TSH entre 5 e 10 com anti-TPO positivo. Os pacientes já em tratamento - compensados - devem permanecer no atendimento básico;</li> <li>3. Nódulos Tireoidianos: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Com suspeita de malignidade à clínica e/ou USG</li> <li>b) Nódulos maiores que 2 cm com características benignas</li> </ol> </li> <li>3. Carcinoma Diferenciado de tireoide- Carcinoma papilífero e Carcinoma folicular;</li> <li>4. Carcinoma medular de tireoide;</li> <li>5. Tireoidites;</li> <li>6. Oftalmopatia de Graves.</li> </ol>

## ANEXO C – Critério de acesso ao IEDE: diagnósticos confirmados

(continuação)

CLÍNICA	DIAGNÓSTICOS
<b>END.PEDIÁTRICA</b>	
<b>Crescimento</b>	Pacientes com as seguintes alterações menores de 18 anos: a) baixa estatura b) déficit do hormônio do crescimento (GH)
<b>DM Adolescente</b>	1. Pacientes a partir de 12 anos até 17 anos 11 meses e 29 dias portadores de DM.
<b>DM 1 &lt; 18 anos</b>	1. Crianças maiores de 7 anos e menores que 18 anos.
<b>End. Pediátrica</b>	1. Alta estatura; 2. Baixa estatura; 3. Amenorreia primária; 4. Amenorreia secundária; 5. Criptorquidia bilateral; 6. Diabetes insipidus; 7. Dislipidemia; 8. Doenças osteometabólicas - hipocalcemia ou hipercalcemia; 9. Genitália indiferenciada; 10. Ginecomastia; 11. Hiperplasia adrenal congênita ou tardia; 12. Hipertireoidismo; 13. Hipofosfatasia; 14. Hipotireoidismo - bócio ou nódulo tireoidiano; 15. Hirsutismo; 16. Micropênis; 17. Puberdade atrasada; 18. Puberdade precoce; 19. Síndrome de Cushing; 20. Síndrome de Prader-Willi ; 21. Telarca ou pubarca precoce.

## ANEXO C – Critério de acesso ao IEDE: diagnósticos confirmados

(conclusão)

CLÍNICA	DIAGNÓSTICOS
<b>Obesidade Infantil</b>	1. Não tem critério.
<b>DIABETES</b>	
<b>Gestante Diabetes</b>	Item não identificado
<b>DM tipo1 &gt; 18 Anos</b>	1. Acima de 18 anos - portador de DM tipo 1 de difícil controle sem acompanhamento em outro serviço especializado.
<b>DM tipo 2 &gt; 18 Anos</b>	1. Maiores de 18 anos portadores diabetes tipo 2 não controlada com 2 drogas orais mais 1 dose de insulina basal ao dia - com necessidade de intensificação do controle e com comorbidades associadas - sem acompanhamento de outro serviço especializado.
<b>SOTAM</b>	
<b>Obesidade Grau II e III</b>	1. Obesidade grau II (IMC entre 35 e 39.9) 2. Obesidade grau III (IMC acima de 40)
<b>Pós Cirurgia Bariátrica</b>	Item não identificado
<b>S. Metabólica IMC &lt;35</b>	1. Pacientes com hipertensão arterial - diabetes - obesidade ( IMC < - 35) e níveis de colesterol elevados. 2. Paciente acima de 18 anos.
<b>Dislipidemia</b>	1.Portadores de hipercolesterolemia familiar; 2.LDL-c ACIMA 200MG/DL; 3.Triglicerídeos acima de 500MG/DL OU HDL-c abaixo de 20 MG/DL; 4.Crianças com LDL-c MAIOR 160 MG/DL ou triglicerídeos acima de 200 MG/DL; 5.pacientes com risco alto ou muito alto incapazes de atingir a meta de LDL - colesterol (70 mg/dl ou 50 mg/dl - respectivamente) com o tratamento hipolipemiante instituído; 6.pacientes acima de 18 anos.

Fonte: Adaptado de Rio de Janeiro (2021)

**ANEXO D – Agendas de primeira vez pactuadas e inseridas no SISREG de Serviço e Clínicas do IEDE, RJ, jan./jun. de 2021.**

SERVIÇOS	OFERTADO				MARCADO				OCIOSO				ABSENTEÍSMO			
	Pop. Ref.		Pop.Próp.		Pop. Ref.		Pop.Próp.		Pop. Ref.		Pop. Próp.		Pop. Ref.		Pop.Próp.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>ENDOCRINOLOGIA</b>																
Andrologia	19	5%	18	4%	5	3%	18	4%	14	6%	0	0%	2	2%	7	4%
Doenças de Ovário	22	6%	19	4%	3	2%	16	3%	19	9%	3	16%	2	2%	6	4%
Doenças Osteometabólicas	22	6%	23	5%	3	2%	11	2%	19	9%	12	63%	1	1%	6	4%
Gestante Endocrinologia	19	5%	29	6%	1	1%	27	6%	18	8%	2	11%	0	0%	21	13%
Hipófise/Adrenal	45	11%	42	9%	6	4%	41	9%	39	18%	1	5%	2	2%	11	7%
Tireoide	265	68%	359	73%	153	89%	358	76%	112	51%	1	5%	79	92%	109	68%
<b>TOTAL</b>	<b>392</b>	<b>100%</b>	<b>490</b>	<b>100%</b>	<b>171</b>	<b>100%</b>	<b>471</b>	<b>100%</b>	<b>221</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>
<b>END.PEDIÁTRICA</b>																
Crescimento	12	12%	14	9%	6	8%	5	4%	6	25%	9	45%	2	6%	4	8%
Diabetes Adolescente	14	14%	22	15%	12	15%	18	14%	2	8%	4	20%	2	6%	12	23%
DM 1 < 18 anos	0	0%	25	17%	0	0%	25	20%	0	0%	0	0%	0	0%	6	11%
End. Pediátrica	66	65%	77	52%	55	71%	73	57%	11	46%	4	20%	23	72%	29	55%
Obesidade Infantil	10	10%	10	7%	5	6%	7	5%	5	21%	3	15%	5	16%	2	4%
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>	<b>148</b>	<b>100%</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>	<b>128</b>	<b>100%</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>
<b>DIABETES</b>																
Gestante Diabetes	25	34%	37	27%	4	9%	26	21%	18	62%	11	100%	3	14%	11	21%
DM tipo1 > 18 Anos	22	30%	50	36%	15	33%	50	40%	10	34%	0	0%	8	36%	21	40%
DM tipo 2 > 18 Anos	27	36%	50	36%	26	58%	50	40%	1	3%	0	0%	11	50%	20	38%
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100%</b>	<b>137</b>	<b>100%</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>	<b>52</b>	<b>100%</b>
<b>SOTAM</b>																
Obesidade Grau II e III	18	26%	18	15%	14	54%	18	15%	4	9%	0	0%	9	64%	6	13%
Pós Cirurgia Bariátrica	6	9%	12	10%	1	4%	12	10%	5	11%	0	0%	0	0%	5	11%
S. Metabólica IMC <35	23	33%	47	39%	10	38%	47	39%	13	30%	0	0%	4	29%	22	49%
Dislipidemia	23	33%	45	37%	1	4%	44	36%	22	50%	1	100%	1	7%	12	27%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>	<b>122</b>	<b>100%</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>	<b>121</b>	<b>100%</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

Legenda: Pop. Ref.: População Referenciada - Pop. Próp. : População Própria

Fonte: Adaptado de NIR-IEDE (2021)

**ANEXO E – Planilha de armazenamento de dados do Projeto de Intervenção**

N41													
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	<b>PERÍODO DE AÇÃO DO PROJETO :</b>												
2	<b>NOME</b>	<b>PRONTUÁRIO</b>	<b>DATA</b>	<b>ENCAMINHAMENTO FEITO AO SERVIÇO SOCIAL POR</b>	<b>STATUS</b>	<b>IDADE</b>	<b>TELEFONE</b>	<b>CAUSA DO ABSENTEÍSMO</b>	<b>INTERVENÇÃO PROFISSIONAL</b>	<b>REAVALIAÇÃO PARA SABER O RESULTADO DA INTERVENÇÃO</b>	<b>ACOMPANHADO /A POR</b>	<b>PRÓXIMA AVALIAÇÃO</b>	<b>CONDUTA</b>
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													
41													
42													
43													
44													
45													

Fonte: RIO DE JANEIRO(2018b)