

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL - UAB
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO – EA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Marisser de Farias Cardoso

**ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**Porto Alegre
2019**

Marisser de Farias Cardoso

**ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Cristina Arthmar Mentz Albrecht

**Porto Alegre
2019**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga

Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis

Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Cardoso, Marisser de Farias
Regulação das especialidades: abordagem dos princípios SUS /
Marisser de Farias Cardoso. -- 2019. 37 f.
Orientador: Cristina Arthmar Mentz Albrecht. Trabalho de
conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Gestão em Saúde,
Porto Alegre, BR-RS, 2019.
1. Absenteísmo dos usuários no Sistema Único de Saúde.:
Revisão bibliográfica. I. Arthmar Mentz Albrecht, Cristina, orient.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro

Histórico CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: eadadm@ufrgs.br

Marisser de Farias Cardoso

**ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Ronaldo Bordin

Examinador(a): Camila Guaranha

Orientador(a): Cristina Arthmar Mentz Albrecht

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por mais uma oportunidade concedida de estar ampliando e contribuindo com o meu conhecimento. Aos meus pais e amigos por entenderem a minha ausência em momentos que se fez necessária a presença. Ao Hospital de Caridade Nossa Senhora da Conceição de Piratini, por acreditar em mais um projeto, no qual pude estar desenvolvendo, abrindo portas e dando significativas informações para que esta pesquisa fosse realizada e por último a minha orientadora, Cristina Arthmar Mentz Albrecht, pelas contribuições do decorrer da especialização como tutora e orientações dadas até a finalização deste trabalho.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos sistemas de saúde mais complexos do mundo, pois abrange a todos os níveis de complexidade, garantindo acesso universal e gratuito a toda população. O presente trabalho teve como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre o absenteísmo entre os usuários do Sistema Único de Saúde, identificando o perfil e os motivos que levam a tal ausência sem notificação prévia de pacientes, descrevendo a frequência em cada nível de complexidade, e por regiões do Brasil. Um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, que utilizou as bases de dados: LILACS (Literatur Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e MedLine (Literatura Internacional em Ciências da Saúde). Foi utilizado o Descritor em Ciências da Saúde 'absenteísmo' e aplicado filtro para o período de 2008 a 2018. Foram selecionados 12 artigos para análise. Como resultados, identificou-se no perfil de usuários faltantes a predominância do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade e renda, e a maior causa do absenteísmo de pacientes foi a vulnerabilidade social. A região com maior prevalência de absenteísmo identificada foi o sudeste, atingindo em sua maioria a rede de atenção básica. Conclui-se que a vulnerabilidade social é o principal entrave para o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, resultando no absenteísmo.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Administração Pública. Absenteísmo. Sistema Único de Saúde.

ABSTRATC

The Unified Health System (SUS) is one of the most complex health systems in the world, since it covers all levels of complexity, ensuring universal and free access to the entire population. The objective of this study was to perform a bibliographic review on absenteeism among users of the Unified Health System, identifying the profile and reasons for such absence without prior notification of patients, describing the frequency at each level of complexity, and regions of Brazil. A descriptive study, with a quantitative approach, that used the databases: LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), SciELO (Scientific Electronic Library Online) and MedLine (International Literature in Health Sciences). The descriptor was used in Health Sciences 'absenteeism' and was applied filter for the period from 2008 to 2018. Twelve articles were selected for analysis. As a result, female predominance was identified in the profile of missing users, with a low level of schooling and income, and the greatest cause of patient absenteeism was social vulnerability. The region with the highest prevalence of identified absenteeism was the Southeast, reaching in the majority the basic care network. It is concluded that social vulnerability is the main obstacle for users' access to health actions and services, resulting in absenteeism.

Keywords: Health Management. Public Administration. Absenteeism. Unified Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensão
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia da Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência da Previdência Social
LILACS	Literatura – Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MedLine	Literature Analysis and Retrieval System Online
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PSF	Programa Saúde da Família
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde no Estado
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	13
3	OBJETIVOS	14
3.1	OBJETIVO GERAL.....	14
3.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	14
4	REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	15
4.2	ABSENTEÍSMO.....	18
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
6	RESULTADOS e DISCUSSÃO	21
6.1	PERFIL DOS USUÁRIOS E OS MOTIVOS QUE OS LEVARAM AO ABSENTEÍSMO.....	28
6.2	PRINCIPAIS MOTIVOS PARA A PRÁTICA DO ABSENTEÍSMO SEGUNDO OS ARTIGOS IDENTIFICADOS.....	29
6.3	ABSENTEÍSMO POR NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	30
6.4	ABSENTEÍSMO POR REGIÕES BRASILEIRAS.....	31
7	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem caráter público e é formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo. Apresenta-se como uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, estabelecida pela Constituição de 1988. Não é sucessor do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), nem tão pouco dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e sim um sistema de saúde que se encontra em construção (BRASIL, 1990). Souza (2008) menciona que, para alguns, o SUS começou em 1990, porque a primeiras diretrizes que orientam a Lei nº 8.080 (também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde) e a Lei nº 8.142, foram promulgadas em 1990. No entanto, em sua avaliação, a efetiva implantação do SUS se deu a partir da Norma Operacional Básica de 1996, na NOB-96, a qual começou a ser implantada em 1997 e 1998. Isto porque, só neste momento, todos os entes federados, que integram o sistema, realmente passaram a fazer parte do mesmo e foi quando começou a mudar o modelo de financiamento.

O Sistema Único de Saúde segue diretrizes e princípios organizativos em todo território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas (federal estadual e municipal). O SUS é um sistema que comporta um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Como princípios doutrinários o SUS tem a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL, 1990).

Composto por um misto de portarias e legislações, a Portaria GM/MS nº 1.559/2008, foi criada com o objetivo de fortalecer os instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo a organização das redes e fluxos assistenciais, fornecendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde, considerando a necessidade de fortalecimento do processo de regionalização, hierarquização e integração das ações de saúde, contribuindo para ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, visando o aprimoramento e a integração dos processos de trabalho. Já as Portarias nº 1.792 de 22 de agosto de 2012, após ter sido alterada para a Portaria nº 2.655 de 21 de

novembro e 2012, dispõe sobre incentivos financeiros de custeio destinados para as centrais de Regulação no âmbito do SUS.

A busca pela integração na atenção em saúde não é tarefa fácil, principalmente por tratar-se de um caráter multifatorial, que envolve uma dinâmica de funcionamento deste sistema, que integra diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), fontes diversificadas de financiamento, composto por profissionais de diversas formações e especialidades, com disparidades estruturais e de recursos tecnológicos. A complexidade do processo de constituição de um sistema de saúde unificado e integrado no Brasil, expressa pelas diversidades de contextos regionais presentes no Brasil, abrangendo distintas necessidades de saúde, nas diversas regiões que compõe o país. Contudo, soma-se a este desafio lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo, efetividade e compreensão do peso entre oferta privada com seus interesses e pressões no mercado da saúde (ARRUDA et. al., 2015).

Um sistema hierarquizado, que dê continuidade a assistência deve ser assegurado principalmente pelo estabelecimento de um sistema de referências, que configure a regionalização e os serviços que devem ser organizados conforme os níveis de complexidade de dada área geográfica, bem como pode estar delimitando a complexidade de acordo com a população a ser atendida.

Segundo Viegas e Penna (2015, p. 184) o acesso da população à rede deve ser feito por meio dos serviços de atenção primária, que estejam qualificados para atender e resolver os principais problemas que se apresentam. Os casos mais complexos deverão ser referenciados para os demais níveis de assistência tecnológica e a rede de serviços, de forma organizada, hierarquizada e regionalizada, permitindo o reconhecimento dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo assim as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidades.

A promoção de ações e serviços não depende somente da disponibilidade de profissionais e equipamentos, uma vez que é necessário que o usuário consiga chegar até os estabelecimentos de saúde, concretizando seu acesso. O absenteísmo caracteriza-se pela elevada proporção de ausências (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010). Chiavenatto (2004) compreende como absenteísmo a ausência ou falta de algo. Segundo Silveira; Ferreira; Silveira; Siqueira (2018) o

absenteísmo de consultas médicas previamente marcadas é um problema que interfere com a efetividade dos serviços de saúde. No entanto torna-se essencial que sejam construídos métodos com bases em critérios específicos para averiguação das causas nas quais acometem o absenteísmo dos usuários do sistema único de saúde.

Dessa forma, considerando que o absenteísmo representa um custo financeiro para o SUS (que encontra-se com sua estrutura disponível pra atender ao usuário) e para o usuário que permanecerá com seu problema de saúde até a próxima oportunidade de atendimento, torna-se relevante questionar: em que frequência ocorre e qual o perfil dos usuários que praticam o absenteísmo no SUS, segundo a literatura?

2 JUSTIFICATIVA

Para Souza e Costa (2010, p. 515) as dificuldades no acesso às ações de serviços de saúde, a fragmentação de políticas e programas de saúde, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, são alguns dos desafios enfrentados no Brasil, quanto ao sistema de saúde.

O conceito de acesso aos serviços de saúde é um tanto complexo, pois está relacionado à percepção das necessidades de saúde de cada paciente, onde se evidencia se determinada demanda tem acesso aos serviços oferecidos. Obter um serviço no qual o cidadão possa recorrer quando necessitar de cuidados de saúde mostra-se associado ao uso e pode ser considerado um indicador de acesso (PINHEIRO et. al., 2002).

Ainda conforme Travassos e Martins (2004, p. 191), acesso é um conceito complexo muitas vezes empregado de forma imprecisa e pouco clara na sua relação com o uso de serviço de saúde. É um conceito que varia conforme os autores e que muda ao longo do tempo conforme o contexto.

Diante disso, conhecer o perfil dos usuários, bem como os motivos que os levaram ao absenteísmo permite que os gestores do SUS possam traçar estratégias que facilitem o acesso dessas pessoas ao sistema de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão bibliográfica sobre o absenteísmo entre os usuários do Sistema Único de Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar o perfil dos usuários e os motivos que os levaram ao absenteísmo;
- ✓ Descrever a frequência do absenteísmo em cada nível de complexidade do Sistema Único de Saúde;
- ✓ Identificar o absenteísmo por regiões brasileiras.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração pública direta e indireta - das fundações mantidas pelo poder público, sendo permitido que a iniciativa privada participe de forma complementar (BRASIL, 2010). Cada território possui peculiaridades que dizem respeito a seus usuários e equipes, à sua capacidade em termos de estrutura, recursos financeiros, organização social, conflitos e contradições locais (BRASIL, 2005).

Considerando que o SUS volta-se a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, cabe ressaltar o que é saúde. De acordo com Noronha e Pereira (2013), embora a saúde esteja associada ao nível de vida, a concepção traz embutida a visão formulada pela Organização Mundial de Saúde em 1946 de que "a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças" (WHO, 1946, p. 76). A Constituição Brasileira, em seu art. 196, reafirma de modo mais abrangente:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Art. 196, Constituição Federal, 1988)

A criação do sistema único de saúde foi o maior movimento de inclusão social já visto na história do Brasil e representou, em termos constitucionais uma afirmação política de compromisso do estado brasileiro, com os direitos dos cidadãos (SOUZA; COSTA, 2010). Em 1990, institucionalizou-se um modelo de política de saúde, distinto do modelo inaugurado por Vargas ampliado pelo regime militar, em consonância com os princípios da reforma estabelecido pela Constituição de 1988 (ARRETCHE, 2005).

Ainda segundo Vasconcelos e Pasche (2006) o sistema único de saúde (SUS), é uma estrutura organizacional sistêmica do Brasil que dá suporte à

efetivação da política de saúde, promovendo a viabilização dos princípios e diretrizes desta política. Compreendendo um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em rede que vinculam as organizações de saúde nas três esferas do governo para viabilizar as ações de promoção, vigilância e atenção à saúde. Identifica-se que, o SUS será modificado no futuro, pois o funcionamento regular de um sistema inclui uma permanente reformulação, mas, mais do que isto - assim como qualquer política pública, a expressão de diversas decisões e regras, em períodos críticos, desenvolvidos através de diferentes grupos de interesses e burocracias (ARRETCHE, 2005).

Contudo, o sistema público de saúde através de sua legislação vê à necessidade de reduzir as desigualdades sociais e regionais existentes no país, sendo alicerçado em fundamentos constitucionais e legais que definem os princípios, objetivos e atribuições dos entes federados. De acordo com Vasconcelos e Pasche (2006) o sistema único saúde tem como objetivo principal formular e implementar a política nacional de saúde, destinada a promover condições de vida saudável, a prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população e assegurar acesso equitativo ao conjunto dos serviços assistenciais para garantir atenção integral à saúde. Uma vez aprovada a legislação referente ao SUS, a implementação da reforma passou para primeiro plano, operando está fase na arena principal da formulação da política, onde a comunidade da saúde avaliou regras constitucionais e a Lei Orgânica da Saúde para orientar o processo de descentralização, onde Normas Operacionais Básicas (NOBs) tornaram-se o principal instrumento de reforma a partir da década de 1990 (ARRETCHE, 2005).

Embora prevista no texto constitucional, foi somente a partir de 2001 que a regionalização da saúde começou a tomar corpo com a instituição da primeira Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2002), caracterizando-se, posteriormente, em 2006, como diretriz organizativa do Pacto pela Saúde. Segundo Arretche (2005), o sistema público de saúde iniciado na década de 1930, com o então presidente Getúlio Vargas, teve reflexos no processo de formação e implementação do SUS. A autora explica ainda que, a proposta para a proteção à saúde na época seguia um modelo de seguro no interior do sistema previdenciário, onde tornava os direitos de saúde aos trabalhadores, apenas para aqueles que contribuía a previdência social. Este sistema encontrava-se em vigor desde 1923, através do qual o chefe de polícia Eloy Chaves, propôs a lei que

regulamentava as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), onde os direitos de seguro social, que dispunha de aposentadoria, pensão e assistência à saúde aos seus segurados, eram destinados a organizações trabalhistas mais atuantes politicamente e financeiramente. Como qualquer outro sistema, o SUS também passa por burocratizações, sofre resistências profissionais de saúde, cujo os interesses não foram contemplados pelas políticas de gestão do trabalho e educação em saúde, além é claro dos grandes interesses econômicas e financeiras, ligados a operadoras de plano de saúde, empresas de publicidade, indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico hospitalares (PAIM, 2018).

O financiamento do SUS é responsabilidade federal, estadual e municipal e os recursos são oriundos do orçamento da Seguridade Social nas três esferas de governo e acrescidos de outros recursos da União, dispostos na Lei de Diretrizes Orçamentárias (VASCONCELOS, PASCHE, 2012). Os recursos federais são divididos e destinados para os investimentos e o custeio das ações federais e para as secretarias de saúde estaduais e municipais. Outrossim, os estados recebem os recursos do Ministério da Saúde e acrescentam os próprios recursos, destinando-os para as ações e serviços estaduais e para os municípios. Dessa forma, cabe aos municípios gerir os recursos recebidos conforme as necessidades de saúde e a rede assistencial (BRASIL, 1990). Para Albrecht (2017, p. 29) o caos na área da saúde estende-se há muitos anos, a escassez e má distribuição dos recursos públicos são alguns dos fatores que dificultam o funcionamento dos serviços e ações de promoção na saúde.

No Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica como forma ambígua, consiste no conjunto de ações que proporcionam atendimento inicial para os seus usuários, como a implementação do programa de Estratégia da Saúde da Família (ESF), que funciona como suporte para porta de entrada de seus usuários. A média e alta complexidade inserem-se num cenário permeado por disputa das mais acirradas entre o público e o privado. Para Göttems e Pires (2009) a média complexidade pode ser entendida como um conjunto de ações ambulatoriais e hospitalares, caracterizadas pela especialização médica, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, adensamento tecnológico e oferta baseada na economia de escala. A economia de escala no setor saúde expressa-se na redução dos custos da produção, à medida que o volume ou a demanda por ações de saúde aumentam (PIOLA e VIANA, 1995). Pauta-se, nessa lógica, a organização do SUS por níveis

de complexidade, em que os serviços de atenção básica tendem a ser dispersos e próximos da população. Os de média e alta complexidades são regionalizados, localizados em emergências, ambulatórios de especialidades e internações hospitalares, visando à concentração do volume para redução de custos.

A portaria nº 648/2006, aprovou a política de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização para a Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portanto a Atenção Básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por meio de todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, empregando tecnologia de baixa densidade. Por baixa densidade fica subentendido que a Atenção Básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender a maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização possam demandar estudos de alta complexidade teórica (BRASIL, 2007).

4.2 ABSENTEÍSMO

Absenteísmo é a falta de uma pessoa em local e lugar previamente agendado ou avisado. Penatti, Zago e Quelhes (2006) afirmam que o absenteísmo também é denominado de ausentismo, e se traduz pelos atrasos, ausências e faltas dos trabalhadores em horário determinado para sua jornada de trabalho. O absenteísmo é multifatorial e constitui um desafio para as organizações, visto que é considerado um grande prejuízo econômico, tanto para o trabalhador, quanto para a organização. Além disso, ocorre também o absenteísmo de pacientes, seja em consultas médicas ou para realização de procedimentos cirúrgicos. De acordo com Bittar et al., (2016, p.19), o absenteísmo ambulatorial é o não comparecimento do paciente a um procedimento previamente agendado em unidade de saúde, sem nenhuma notificação.

Os serviços de saúde são planejados para atender a determinado número de pacientes, visando atenção ao cidadão, solvência dos problemas coletivos e individuais de cada paciente. Quando o paciente deixa de comparecer ao

atendimento, além de perder uma consulta, desperdiça a oportunidade de oferecer assistência a outro paciente que necessita atenção a sua saúde (BITTAR et. al., 2016).

Os usuários que são afetados pelo absenteísmo de acordo com Melo; Braga e Forte (2011) são as pessoas com o baixo nível de escolaridade, que possuem o ensino fundamental incompleto (62,5%) e renda familiar de até um salário mínimo (45,4%). Já segundo Gonçalves et. al., (2015), identificam que as mulheres são em maioria os usuários mais faltantes (62,3%), quando referem-se ao absenteísmo, mostrando uma margem de idade entre 19 e 40 anos de idade (40,3%).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica que teve como orientação a seguinte questão de pesquisa: em que frequência ocorre e qual o perfil dos usuários que praticam o absenteísmo no SUS, segundo a literatura?

Os dados foram coletados nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MedLine).

Foi utilizado o seguinte Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) na língua portuguesa: 'Absenteísmo', em todos os índices (título, autor e assunto), com o filtro de período de 2008 a 2018.

Foram encontrados 395 registros distribuídos da seguinte forma: 282 no LILACS, 77 no MEDLINE e 36 no SciELO. Como critério de inclusão, considerou-se abordar o tema do absenteísmo no SUS, o que resultou em 15 registros.

Como critérios de exclusão, foram eliminados três artigos que não apresentavam a frequência e nem o perfil dos usuários que praticam o absenteísmo: a) um registro que discorria sobre a codificação do absenteísmo na Classificação Internacional de Doenças; b) um artigo que propunha um plano de intervenção para reduzir as faltas dos usuários ao atendimento especializado e; c) outro artigo sobre a confirmação de presença do usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir o absenteísmo.

Dessa forma, essa pesquisa considerou 12 artigos que foram sistematizados em: autores e ano de publicação, título, objetivo, principais resultados e desenho, população e local de estudo. Para não tornar a discussão extensa, os artigos foram numerados e estão organizados por ano de publicação em ordem crescente.

Não houve necessidade de encaminhar o trabalho para comitê de ética, uma vez que os artigos se encontravam em base de dados de acesso público.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos identificados na pesquisa se encontram no Quadro 1. Com relação ao período em que foram publicados, observa-se que os anos de maiores publicações de artigos sobre o assunto foram 2008 e 2018, nos quais se destacaram três artigos em cada ano e os demais anos apresentaram um ou dois artigos publicados. Nos anos de 2009 e 2016 não houve publicações. Quanto à autoria, não foram observados artigos com autores em comum.

Quadro 1. Produção indexada nas bases de dados sobre o absenteísmo no SUS

Nº artigo	Autores e ano de publicação	Título do artigo	Objetivo	Principais resultados	Desenho, população e local de estudo
1	Bomfim, Vagner Oliveira; Ferreira, Juliana Bomfim de Carvalho (2008).	Análise de absenteísmo cirúrgico em hospital público	Identificar o número de cirurgias programadas e suspensas em hospital público, determinando as causas do absenteísmo, avaliando o nível de satisfação de pacientes e trabalhadores de saúde envolvidos no atendimento hospitalar.	A taxa de absenteísmo para cirurgias programadas equivale a 69,03%, sendo as cirurgias de pequeno porte com maior frequência, 40,73%. Como causas estão: a falta de vaga nas unidades de internação, falta de sala de cirurgia, e falta de guias de internação pelo SUS, seguido de problemas relacionados aos pacientes e de ordem clínica, destacando doenças cardiovasculares e ginecológicas.	Estudo realizado em hospital público em Feira de Santana – BA, onde os dados foram extraídos dos livros de agendamentos do centro cirúrgico, mediante preenchimento de questionários específico, entre janeiro e julho de 2006, onde foram coletados 2.968 registros de cirurgias sendo caracterizadas 2.054 cirurgias de urgência e 914 procedimentos eletivos ou programados .
2	Almeida, Gabriela Lemos de (2008).	Estudo do perfil socioeconômico dos pacientes e os motivos que levaram a faltar em consultas odontológicas na estratégia de saúde da família em uma distrital de Ribeirão Preto/SP.	Traçar um perfil socioeconômico dos pacientes pertinentes aos núcleos de saúde da família IV e V (NSF IV e V) da área básica do centro de saúde escola da faculdade de medicina de Ribeirão Preto – USP, dos quais faltaram as consultas odontológicas, avaliando os motivos que levaram a faltar as consultas agendadas.	Os resultados mostraram que a maioria dos entrevistados apresenta baixo perfil socioeconômico, dos quais 59,1% faltaram por esquecimento e 95,5% não foram lembrados previamente pelos agentes de saúde pertencentes ao NSF.	Foi realizado questionário avaliativo, sendo selecionado 33 pacientes pertencentes ao Núcleo de Saúde da Família IV e V da área básica do centro de saúde escola da faculdade de medicina de Ribeirão Preto – USP.
3	Bender, Anemarie da Silveira;	Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na	Identificar fatores relacionados às ausências de usuários nas consultas	Definiu-se como indicadores a descrição do processo de referenciamento, o percentual de	Estudo exploratório, descritivo quali-quantitativo foi desenvolvido em uma UBS

	Molina, Leandro Ribeiro; Melo, Ana Lúcia Schaefer Ferreira (2010).	atenção básica.	especializadas referenciadas por uma Unidade Básica de Saúde e suas implicações para atenção básica (AB).	absenteísmo que alcançou 34,4% concentrando-se em algumas especialidades como ginecologia – gestante de alto risco, cirurgia pediátrica e urologia. O fator explicativo preponderante para as faltas foi à vulnerabilidade social.	denominada (CSSG) Centro de Saúde Saco Grande, no município de Florianópolis – SC, entre os meses de setembro a dezembro de 2008, totalizando 28 entrevistas entre usuários e trabalhadores de saúde.
4	Melo, Annie Caroline Braz Vieira; Braga, Cristiane Costa; Forte, Franklin Delano Soares (2011).	Acessibilidade do serviço de saúde bucal a atenção básica: desvelando o absenteísmo em uma unidade de saúde da família em João Pessoa – PB.	Elucidar a razão pela qual motivaram o não comparecimento dos usuários as consultas odontológicas agendadas na Unidade de Saúde da Família Verdes Mares, bem como investigar se outros fatores estariam influenciando este comportamento, configurando-se como barreiras ao acesso.	A análise constatou maior número de mulheres entre 31 e 59 anos de idade, que procuram os serviços odontológicos (38,9%) comparado aos homens. Onde a maioria dos pacientes faltosos se deu a pessoas com baixo nível de escolaridade(62,5%) e renda familiar (45,4%), confirmando a tendência de pacientes pertencentes a famílias populosas estarem pré dispostas ao absenteísmo.	Considera-se um estudo observacional com abordagem seccional, descritiva de natureza quantitativa. Realizado na Unidade de Saúde da Família de Verdes Mares, em João Pessoa, a qual comporta três equipes da Saúde bucal vinculadas a três equipes de saúde da família, assistindo a uma população de 7.489 hab. Através de seleção de amostras, foi realizado um levantamento dos usuários que não comparecem as consultas agendadas entre março a junho de 2010.
5	Mair, Vanessa; Breda, Ana Paula; Nunes, Marcos Eduardo Boquemzubo; Matos, Luciana Diniz Nagem de (2013).	Avaliação da aderência ao programa de reabilitação cardíaca em um hospital particular geral.	Identificar os principais fatores que influenciaram os participantes do programa de reabilitação cardiovascular a faltar em suas terapias e correlaciona-los a idade, risco vascular e motivação da nossa população.	Os resultados apontaram que o número total de faltas (32) e cancelamentos (30) no último mês correspondeu a 8,4% do número de sessões possíveis a serem realizadas em um mês (380 sessões). Os pacientes que frequentavam 2 vezes por semana apresentaram um total de 35 faltas e cancelamentos e os que frequentavam 3 vezes	Realizou-se um estudo retrospectivo transversal com 42 pacientes com idades entre 32 e 93 anos, sendo 31 homens (73,8%), participantes de um programa de reabilitação cardíaca de um hospital geral particular de São Paulo, por meio de análise de duas escalas: a Escala de Barreiras para reabilitação

				apresentaram uma soma de 25 faltas. O absenteísmo se correlacionou positivamente com o risco vascular e negativamente com a idade.	cardíaca e a Escala de Disposição. Utilizou-se também a correlação de Spearman para relacioná-las com o absenteísmo, risco vascular, idade e tempo de reabilitação cardíaca.
6	Ávila, Marla Andréia Garcia de; Bocchi, Silvia Cristina Mangini (2013).	Confirmação de presença de usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir absenteísmo	Avaliar o impacto na redução do absenteísmo de usuários agendados para cirurgia eletiva, quando submetidos à confirmação de presença por telefone.	De 872 cirurgias agendadas, 706 (81%) realizaram-se e 166 (19%) foram canceladas. Das 166 cancelamentos cirúrgicos, 30 (18,1%) ocorreram em razão do absenteísmo do usuário, outros motivos de cancelamento foram: condições clínicas desfavoráveis à realização da cirurgia (20,6%), ultrapassagem do horário eletivo (12,7%). A falta de leitos, segundo as justificativas dos profissionais foi responsável por 13 (7,8%) dos cancelamentos.	Trata-se de um estudo experimental conduzido no Hospital de Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina de Botucatu, durante o mês de outubro de 2010, perfazendo-se 89 usuários. A coleta de dados foi realizada por telefone após consentimento dos seus usuários, de livre e esclarecida participação na pesquisa. Foram excluídos os usuários que não possuíam contato telefônico na ficha de cadastro.
7	Izecksohn, Melina Marques; Ferreira, Jaqueline Teresinha (2014).	Falta às consultas médicas agendadas; percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro.	Conhecer o motivo e a percepção do usuário quanto à importância de comparecer às consultas agendadas, identificando as razões para o não comparecimento.	Foi identificado um percentual de 48,9% de faltas, de um total de 2.272 agendamentos. O principal motivo do agendamento das consultas dos usuários foi o acompanhamento de sua saúde, sendo que 58,5% das pessoas faltaram uma vez, 26,5% faltaram duas vezes e 15% faltaram mais de três vezes. Do total de usuários agendados, foram entrevistadas 22 pessoas, das quais metade faltou à consulta e a outra metade compareceu, o que pode ter diversas interpretações por parte dos profissionais de saúde e	Estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa realizado entre julho e dezembro de 2012, em duas equipes de Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Manguinhos, realizando entrevistas semiestruturadas, pautadas em um questionário como perguntas abertas e fechadas, totalizando um público de 22 pacientes.

				pacientes. Dentre os motivos pelas faltas, destacaram-se o esquecimento, assim como o agendamento em horários inoportunos, alguns ruídos na comunicação entre usuários e a unidade de saúde.	
8	Sodré, Roberto Luiz; El Fahl Michely de Araújo. (2014).	Cancelamento de cirurgias em um hospital público na cidade de São Paulo.	Estabelecer a incidência de cancelamentos de procedimentos eletivos no centro cirúrgico, identificando as especialidades cirúrgicas mais envolvidas e os motivos mais frequentes de suspensões das cirurgias programadas.	Foram realizados 19.667 procedimentos no centro cirúrgicos e cancelados 3.121 (13,6%). As principais causas de cancelamento foram o não comparecimento do paciente (33,8%), condições clínicas desfavoráveis (20%), adiantado da hora (5,5%), falta de vaga a UTI (4,9%) e falta de material e equipamento (4,6%). As especialidades que mais apresentaram suspensões foram cirurgia de mão (19,3%), cirurgia vascular (18,2%), ortopedia/traumatologia (17,6%) e gastrocirurgia (15,3%).	Estudo descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa e qualitativa por meio de banco de dados e registro dos procedimentos cancelados, durante o período de janeiro de 2010 a dezembro de 2013. Os dados foram obtidos nos registros de indicadores do Centro Cirúrgico e do Hospub, sistema integrado de informatização do ambiente hospitalar.
9	Gonçalves, Claudia Ângela; Vazquez, Fabiana de Lima; Ambrosano, Glauca Maria B.; Mialhe, Fábio Luiz; Pereira, Antonio Carlos;	Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa ação.	O objetivo foi analisar o motivo das faltas às consultas odontológicas em Unidades de Saúde da Família (USF) e implementar estratégias para sua redução por meio da pesquisa-ação.	O maior motivo das faltas foi a coincidência de horário de funcionamento das unidades com o de trabalho com os usuários (28,5%), mostrando também maior predomínio do sexo feminino (62,3%) e a maior porcentagem dos usuários com idade entre 19 e 40 anos (40,3%).	Trata-se de um estudo pesquisa-ação, realizado em 12 unidades de Saúde da Família do município de Piracicaba – SP, somando um montante de 385 entrevistados aos usuários, aleatórios a partir da lista de contato telefônico. Os demais atores desse estudo foram os 12 cirurgiões dentistas e os 12 enfermeiros das referidas Unidades.

	Saccarini, Karin Luciana Migliato; Guerra, Luciane Miranda; Cortellazzi, Karina Laura (2015).				
10	Silveira, Gabriela Silva da; Ferreira, Pedro Rotta; Silveira, Denise Silva; Siqueira, Fernando Carlos Vinholes (2018).	Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil.	Descrever a prevalência de absenteísmo a partir da agenda de atendimento médico de um serviço de atenção primária à Saúde (APS) de ensino, de graduação e pós graduação do município de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul.	De 3.131 consultas médicas agendadas , foram computadas 598 faltas, resultando em uma prevalência de absenteísmo de 19,2%. Dos 153 turnos de atendimento, em apenas 2% não ocorreram ausências e, entre os demais, a prevalência variou de 4,2% a 45%. Na distribuição do absenteísmo, destacaram-se 62,3% de absenteísmo para atendimentos de clínica geral e os 12,2% para realização de exames citopatológicos de colo uterino.	Foi realizado um estudo transversal com a totalidade dos agendamentos de um mês de atendimento de cada estação do ano, entre julho de 2016 e abril de 2017. Os dados foram coletados da agenda fiscal local.
11	Fonseca, Emilio Prado; Junior, Jose Paschoal da Silva; Souza, Luciane Zanin; Pereira, Antonio Carlos; Meneghin, Marcelo de Castro (2018).	Fatores associados às faltas em tratamento ortodônticos em centro de especialidades odontológicas.	O objetivo deste estudo foi identificar os fatores associados ao não comparecimento dos usuários ao tratamento ortodôntico, em três centros de especialidades odontológicas regionais (CEO-R), localizados no estado do Ceará.	Foram examinados 237 prontuários de tratamento ortodônticos concluídos em 20 municípios no CEO-R, localizados no Ceará, onde ocorreram 8. 283 consultas e um total de 2.665 (32,17%) de faltas. A fim de descrever o padrão geográfico, foram construídos mapas temáticos baseados nas distribuições, para as associações entre variável e desfecho e as independentes, na qual apresentou estatisticamente significativa a variável mudança de profissional.	Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, transversal com fonte de dados extraídos de prontuário de pacientes, em três CEO-R de Ceará: Baturité, Russas e Ubajara. Foi adotado critério de inclusão de tempo mínimo de três anos de acompanhamento.
12	Silva, Rizzieri MESAQUE	Fatores determinantes	Conhecer os motivos que	Em análise da entrevista	Foi realizado um estudo

	(2018).	do absenteísmo das mulheres do Pirai, estado do Rio de Janeiro, ao exame de mamografia.	levaram mulheres do município de Pirai, estado do Rio de Janeiro, agendadas para realizar exames de mamografia, a não comparecer ao mesmo.	identificou-se que o índice de absenteísmo é maior em mulheres com menor grau de escolaridade (50%), renda familiar (50%) e cor de pele preta (50%). A utilização do funcionamento do serviço de atenção à saúde mostra que as mulheres utilizam o serviço e tem boa relação. Os fatores motivadores de absenteísmo é a distância do local de moradia e o serviço onde é realizado a mamografia, ausência de recursos financeiro para o transporte até o local de exame e o adoecimento pessoal ou familiar.	exploratório, realizado no município de Pirai, estado do Rio de Janeiro, através de pesquisa semiestruturada, aplicadas a 10 mulheres que faltaram ao exame agendando. Foi incorporado o período de maio a julho de 2013.
--	---------	---	--	--	---

Fonte: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MedLine). Foi utilizado o seguinte Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) na língua portuguesa: 'Absenteísmo', em todos os índices (título, autor e assunto), com o filtro de período de 2008 a 2018. Elaborado pela autora.

6.1 PERFIL DOS USUÁRIOS E OS MOTIVOS QUE OS LEVARAM AO ABSENTEÍSMO

Quanto ao perfil dos usuários, observou-se prevalência de absenteísmo para o sexo feminino (artigos 2, 4, 7 e 11) (Quadro 2). No que diz respeito à faixa etária, identificou-se que o nível de absenteísmo encontra-se em maior grau entre os 20 anos e 59 anos de idade (artigos 2, 4, 7 e 12). De acordo com Pinheiro, Viacava, Travassos e Brito (2002, p. 689), o fato de mulheres procurarem mais os serviços de saúde dos que os homens, se dá através da sua variação de gênero, os diferenciando pelas necessidades de saúde, uma vez que a demanda de mulheres está associada a realização de pré natal e, consultas ginecológicas de rotinas. Outro fator apontado é o maior interesse de mulheres em buscar informações sobre a sua saúde.

O absenteísmo também foi mais frequente entre pessoas com baixa renda (até um salário mínimo) (artigos 2, 4, 7 e 11). Já em relação à escolaridade, a preponderância de absenteísmo se deu em maior grau entre aqueles com nível de escolaridade baixo (ensino fundamental incompleto) (artigos 2, 4, 7 e 11). Segundo Izecksohn (2014) a renda é um fator que interveem na assiduidade, pois muitos dos usuários faltosos não possuem condições financeiras ou meios de chegar até o atendimento. Já o baixo nível de escolaridade proporciona falta de conhecimento sobre as consequências do absenteísmo, bem como a falta de informações e orientações (IZECKSOHN, 2014).

Quadro 2 – Perfil dos usuários que praticam o absenteísmo segundo os artigos identificados

Características predominantes nos usuários	Estudos identificados
Sexo feminino	2, 4, 7 e 11
Faixa etária entre 20 e 59 anos	2, 4, 7 e 12
Baixa renda (até um salário mínimo)	2, 4, 7 e 11
Baixo nível de escolaridade (ensino fundamental incompleto)	2, 4, 7 e 11

Fonte: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MedLine), no período de 2008 a 2018. Elaborado pela autora.

6.2 PRINCIPAIS MOTIVOS PARA A PRÁTICA DO ABSENTEÍSMO SEGUNDO OS ARTIGOS IDENTIFICADOS

Os motivos que levam à prática do absenteísmo se encontram no Quadro 3. A vulnerabilidade social encontra-se como um dos principais motivos que levam ao absenteísmo (artigos 2, 3, 4, 5, 7,9, 11 e 12). Baixa escolaridade, menor nível de renda, com maior prevalência de pessoas de raça negra – encontra-se o foco de usuários que deixam de comparecer para atendimentos médicos sem notificação prévia. Em 2004, quando a Política de Assistência Social (PNAS) foi instituída, explicitou que a vulnerabilidade social pode ser expressa por diferentes situações, as quais podem acometer os sujeitos em seus contextos de vida. Carmo e Guizardi (2018) denotam que a concepção de vulnerabilidade está estritamente condicionada à ausência ou precariedade no acesso a renda, atrelada também com a fragilidade de vínculos afetivos-relacionais e desigualdade de acesso e bens e serviços públicos.

Guilhem (2000) entende vulnerabilidade social como o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural, cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa frente a uma determinada doença, risco ou dano.

Também são motivos de causa do absenteísmo a incompatibilidade de horários para atendimento (artigos 2, 5, 6, 7 e 9). Gonçalves; Vasquez; Ambrosano; Mialhe; Pereira; Sarracini; Guerra e Cortelazzi (2015) apontam que muitos destes usuários que praticam o absenteísmo encontram-se em horário de trabalho ou dependem de alguém que trabalha para leva-los, não podendo comparecer aos atendimentos previamente agendados.

Outro motivo do absenteísmo seria a mudança de profissionais para atender o paciente (artigos 6 e 11), uma vez que muitos profissionais se utilizam de mecanismos e métodos para chegar a um denominador comum de tratamento ou procedimento a realizar com o paciente, criando assim, um vínculo entre paciente e profissional (FONCESA; JÚNIOR; VEDOVELLO; SOUZA; PEREIRA; MENECHIM, 2018).

Por fim, observa-se o cancelamento de procedimentos cirúrgicos (artigo 6), o qual remete certo questionamento do porque que pacientes deixaram de comparecer a procedimentos cirúrgicos que são previamente agendados. Um estudo realizado

em hospitais universitários nos Estados Unidos e Noruega, relatam que a causa do absenteísmo cirúrgico se dá por informações incompletas e superficiais repassada aos familiares, na qual percebe-se a importância da comunicação interpessoal por meio de informações e orientações precisas e coerentes entre profissionais, pacientes e familiares (ÁVILA; BOCCHI, 2013).

Quadro 3 – Principais motivos para a prática do absenteísmo segundo os artigos identificados

Principais motivos	Estudos identificados
Vulnerabilidade social	2, 3, 4, 5, 7,9, 11 e 12
Incompatibilidade de horários para atendimento	2, 5, 6, 7 e 9
Mudança de profissionais para atender os pacientes	6 e 11
Vontade própria do paciente	2 e 7
Cancelamento de procedimentos cirúrgicos	6

Fonte: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MedLine), no período de 2008 a 2018. Elaborado pela autora.

6.3 ABSENTEÍSMO POR NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dos 12 estudos apontados, 8 são distinguidos como absenteísmo na rede de atenção básica ambulatorial, englobando desde consultas odontológicas (2, 4, 9 e 11), consultas médicas (3, 7 e 10) e realização de exames (12) (Quadro 4).

Percebe-se que a taxa de absenteísmo se torna maior na rede de atenção básica, por tratar de um nível de complexidade de fácil acesso. De acordo com Bittar; Magalhães; Martines; Felizola e Falcão (2016), ao identificar os motivos de absenteísmo na atenção básica, nota-se o esquecimento por parte dos usuários ou agendamento em horários inoportunos.

Em virtude de consultas médicas, este índice torna-se em maior proporção quando as pessoas faltam mais quando devem receber os resultados de exames, do que solicitá-los. Na rede hospitalar, que engloba média e alta complexidade, foram encontrados quatro artigos (1, 5, 6 e 8) de um total de 12.

Quando se percebe o absenteísmo no âmbito hospitalar, para realização de

procedimentos, observa-se como um paciente que aguarda por vários meses para a realização de um procedimento pode ausentar sem notificação prévia. De acordo com Ávila e Bocchi (2013) o cancelamento de procedimentos cirúrgicos ocorrem por falha na comunicação entre usuários e profissionais, também ocorrendo por opção própria do paciente que deixa de comparecer para o ato cirúrgico em virtude do tempo de espera entre a consulta e a realização do procedimento.

Quadro 4 – Absenteísmo por níveis de complexidade segundo os artigos identificados

Níveis de complexidade	Estudos identificados
Atenção básica – Atendimento odontológico	2, 4, 9 e 11
Atenção básica – Consultas médicas	3, 7 e 10
Atendimento ambulatorial – realização de exames	12
Atendimento hospitalar – média e alta complexidade	1, 5, 6 e 8
Cancelamento de procedimentos cirúrgicos	6

Fonte: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MedLine), no período de 2008 a 2018. Elaborado pela autora.

6.4 ABSENTEÍSMO POR REGIÕES BRASILEIRAS

Dos 12 estudos, oito foram realizados no Sudeste, três (25%) no Nordeste, um (8,33%) no Sul e nenhum no Centro Oeste e Norte. Os estados com maior ocorrência de estudos foram: São Paulo (n=5) e Rio de Janeiro (n=2); os demais estados apresentaram somente um registro (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Bahia, Ceará e Paraíba).

Embora o absenteísmo possa indicar importantes perspectivas na dificuldade do acesso dos usuários ao sistema de saúde, observa-se que existe um número muito pequeno de artigos que tratam dessa temática (o que contrasta com grande parte dos estudos que não se encaixavam no critério de inclusão, pois abordavam o absenteísmo entre os profissionais).

Não se, pode, no entanto, concluir que o absenteísmo exista apenas nas

regiões Sudeste e Nordeste, mas tem-se como hipótese que tal tema seja pouco estudado nas demais regiões por falta de investimento (seja em pesquisa ou nos próprios serviços de saúde).

Considerando que a região Norte apresenta baixo desenvolvimento econômico (ALBUQUERQUE; VIANA; LIMA; FERREIRA; FUSARO e IOZZI, 2017), a vulnerabilidade nessa localidade exige altos investimentos em ações e serviços de saúde, o que no atual cenário de cortes com gastos em saúde, mostra-se uma realidade inviável.

Dessa forma, se não existe verbas para investimentos nessa área, dificilmente os profissionais tenham disposição para realizar estudos sobre o tema do absenteísmo.

Quadro 5 – Absenteísmo por regiões brasileiras segundo os artigos identificados

Principais regiões brasileiras	Estudos identificados
Sudeste	2, 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 12
Nordeste	1, 4 e 11
Sul	10
Norte	-
Centro Oeste	-

Fonte: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MedLine), no período de 2008 a 2018. Elaborado pela autora.

7 CONCLUSÃO

Ao realizar a revisão bibliográfica sobre o absenteísmo entre os usuários do SUS, foi identificado que os usuários apresentam o seguinte perfil: predominância do sexo feminino, com faixa etária entre 20 e 59 anos de idade, com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) e renda familiar (até um salário mínimo). Quanto às causas que levaram o usuário ao absenteísmo, identificou-se a vulnerabilidade social, na qual as pessoas não possuem condições sociais e financeiras para chegar ao seu atendimento.

Quanto ao segundo objetivo específico, o absenteísmo por níveis de complexidade do SUS, percebe-se que, a preponderância da ausência dos pacientes se dá na Atenção Básica, mais precisamente nos atendimentos odontológicos, seguidos de consultas médicas. Compreende-se que a Atenção Básica por ser uma porta de entrada de fácil acesso para o paciente, ele também é o índice que mais sofre ausência de pacientes sem notificação prévia.

Ao identificar o absenteísmo por região brasileira, observa-se que a região Sudeste apresentou maior número de estudos, seguido da região Nordeste e Sul.

O Sistema Único de Saúde deveria garantir atendimento universal, integral e equânime aos seus usuários. No entanto, observa-se que a vulnerabilidade social constitui o principal entrave no acesso das pessoas às ações e serviços de saúde, resultando no absenteísmo.

Conclui-se, dessa forma que, além de esforços em gestão em saúde para facilitar a presença dos usuários ao sistema, seria necessário o investimento governamental em outras áreas como educação e transporte, a fim de reduzir os fatores responsáveis pela vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, C. A. M. **O princípio da Equidade na Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias do Rio Grande do Sul**. Tese de Doutorado ao Programa de Pós-Graduação de Administração – Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2017.

ALBURQUERQUE, Mariana Vercesi; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de Lima; FERREIRA, Maria Paula; FUSARO, Edgar Rodrigues; IOZZI, Fabíola Lana. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.22, n. 4, p. 1055-1064, 2017.

ARRETCHE, Marta. **Perspectivas de uma Agenda para a política social brasileira. Teoria e Sociedade**. UFMG, Belo Horizonte, p. 44-55, 2005.

ARRUDA, Cecília; LOPES, Soraia Geraldo Rozza; KOERICH, Micheline Henrique Araújo da Luz; WINCK, Daniela Ries; MEIRELLES, Betina Horner Schlindwein; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. Redes de Atenção à Saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 169-173, 2015.

ÁVILA, Marla Garcia de; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. **Confirmação da presença do usuário à cirurgia eletiva por telefone com estratégia para reduzir o absenteísmo**. Revista de Enfermagem, São Paulo, v. 47, n.1, p. 193-197, 2013.

BENDER, Animarie da Silveira; MOLINA, Leandro Ribeiro; MELO, Ana Lúcia Schaefer de. **Absenteísmo na Atenção Secundária e suas implicações na Atenção Básica**. Revista Espaço para a saúde, Londrina, v.11, n.2, p. 56-65, 2010.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira; MAGALHÃES, Adriana; MARTINES, Cláudio M.; FELIZOLA, Nadja BG; FALCÃO, Lilian HB. **Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo**. BEPA, São Paulo, v.13, n.152, p. 19-32, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.> Acesso em 25 de junho de 2018.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências: Brasília, Senado Federal, 1990.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**: dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências: Brasília, Senado Federal, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional 96** Portaria GM/MS 373 (27 de fevereiro de 2002). Ministério da Saúde: Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 15 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica**: Ministério da Saúde: Brasília, Senado Federal, 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 15 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A à Z**. Garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde. ed.1, Seção F, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2019.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. CONASS: Brasília, v.9, ed.1, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf>. Acesso em: 16 de junho de 2019.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Portaria n. 1.559 de 01 de agosto de 2008. **Institui a Política Nacional de Regulação no Sistema Único de Saúde**: Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em : 30 de abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em : 22 de abril de 2019.

BRASIL. Portaria n. 2.655 de 21 de novembro de 2012. Dispõe sobre incentivos financeiros de custeio destinados para as centrais de Regulação no âmbito do SUS. Brasília, 2012. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2655_21_11_2012.html>. Acesso em 14 abril de 2019.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-11, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>>. Acesso em 15 de abril de 2019.

CARMO, Michelly Eustáquia; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Caderno de Saúde Pública**, Brasília, v.34, n.3, p. 1-14, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf>> Acesso em: 18 de abril de 2019.

CHIAVENATTO, Idalberto, **Recursos humanos: o capital humano das organizações**. Atlas: São Paulo, ed.8, 2004.

FONSECA, Emílio Prado; JÚNIOR, José Paschoal da Silva; VEDOVELLO, Sílvia Amélia S.; SOUZA, Luciana Zanin; PEREIRA, Antonio Carlos; MENEGHIM, Marcelo de Castro. Fatores associados às faltas em tratamento ortodônticos em centro de especialidades odontológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.23, n.1, p. 287-293, 2019.

GONÇALVES, Cláudia Ângela; VASQUEZ, Fabiana de Lima; AMBROSANO, Glaucia Maria Bovi; MIALHE, Fábio Luiz; PEREIRA, Antonio Carlos; SARRACINI, Karin Luciana Migliato; GUERRA, Luciane Miranda; CORTELAZZI, Karine Laura. Estratégias para o enfretamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.20, n.2, p.449-460, 2015.

GÖTTOMS, Leila Bernardo Donato; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Para além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.18, n.2, p.189-198, 2009.

GUILHEM, Dirce. **Escravas do risco**: bioética, mulheres e AIDS. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde Universidade Federal de Brasília. Brasília, 2000.

IZECKSOHN, Mellina Marques Vieira. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Mangunhos – RJ. **Revista Brasileira Medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v.9, n. 32, p. 235-241, 2014.

MELO, Annie Caroline Braz Vieira; BRAGA, Cristiane Costa; FORTE, Franklin Delano Soares. Acessibilidade do serviço de saúde bucal na Atenção Básica: desvelando o absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa – PB, **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Paraíba, v.15, n. 3, p. 309-318, 2011.

NORONHA, J. C. de; PEREIRA, T. R. **Princípios do sistema de saúde brasileiro**. Fundação Oswald Cruz, Rio de Janeiro, v.13, p. 19-26, 2013.

PAIM. Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Salvador, v. 23, n.6, p. 1723-1728, 2018.

PINHEIRO, Rejane Sobrino; VIACAVA, Francisco; TRAVASSOS, Cláudia; BRITO, Alexandre dos Santos. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 687-707, 2002.
PIOLA, S. F; VIANNA, S. M. **Economia da Saúde**: conceitos e contribuições para a gestão da saúde. IPEA: Brasília, ed.1, p. 63-65, 1995.

SILVEIRA, Gabriela Silva da; FERREIRA, Pedro Rotta de; SILVEIRA, Denise Silva da; SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes. Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n.40, p.01-07, 2018.

SOUZA, Georgia Costa de A.; COSTA, Iris do Céu C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças, **Saúde & Sociedade**. São Paulo, v. 19. n.3. p.509-517, 2010.

TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 190-198, 2004.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 531-562, 2006.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O SUS é o universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 181-190, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitution of the World Health Organization**. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Acesso em: 25 de junho de 2018.