



ARTIGO ORIGINAL



## Absenteísmo de diabéticos às consultas com endocrinologista e sua relação com o acesso aos serviços de saúde

*Absenteeism of diabetics to appointments with an endocrinologist and its relationship with access to health services*

Marcelle Lemos Leal<sup>1,\*</sup> , Edson Theodoro dos Santos Neto<sup>1</sup> , Eliana Zandonade<sup>2</sup> , Thiago Dias Sarti<sup>1</sup> , Nagela Valadão Cade<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Exatas, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Vitória, Espírito Santo, Brasil

Submetido em 11 de novembro de 2021, aceito em 21 de maio de 2022, publicado em 26 de junho de 2022

### PALAVRAS-CHAVE

Absenteísmo  
Acesso aos serviços de saúde  
Agendamento de consultas  
Atenção secundária  
Diabetes mellitus

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar a associação entre o absenteísmo e o acesso às consultas especializadas dos diabéticos, no Sistema Único de Saúde (SUS) no Espírito Santo (ES).

**Métodos:** Estudo transversal realizado por meio de dados primários e secundários com 472 diabéticos  $\geq 18$  anos agendados em consulta com endocrinologista no Sistema de Centrais de Regulação do ES. As variáveis das dimensões do acesso - disponibilidade, viabilidade financeira e aceitabilidade - foram utilizadas para estimar a associação com o absenteísmo. Utilizou-se regressão logística para as análises bruta e ajustada.

**Resultados:** Encontrada associação do absenteísmo de diabéticos com as variáveis residir a menos de 10 km do prestador da consulta (OR: 1,81; IC95%: 1,16 - 2,82,  $p = 0,01$ ), necessitar de transporte (OR: 4,89; IC95%: 2,54 - 9,42,  $p < 0,001$ ) e ter gastos financeiros para comparecer à consulta (OR: 2,06; IC95%: 1,23 - 3,44;  $p = 0,01$ ).

**Conclusão:** As principais barreiras de acesso aos serviços de saúde que contribuem para a alta prevalência de absenteísmo a consulta com endocrinologista podem ser entendidas como *proxy* da condição socioeconômica dos diabéticos e evidenciam estreita relação com os determinantes sociais de saúde.

\*Autor de correspondência:

Centro Biomédico, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo.

End.: Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe. Vitória/ES, Brasil | CEP 29.047-105

Fone: (27) 3335-7287

E-mail: [marcelle.leal@outlook.com](mailto:marcelle.leal@outlook.com) (Leal ML)

Este estudo foi realizado na Universidade Federal do Espírito Santo.

<https://doi.org/10.21876/rcshci.v12i2.1233>

Como citar este artigo: Leal ML, Santos Neto ET, Zandonade E, Sarti TD, Cade NV. Absenteeism of diabetics to appointments with an endocrinologist and its relationship with access to health services. Rev Cienc Saude. 2022;12(2):26-34.

<https://doi.org/10.21876/rcshci.v12i2.1233>

2236-3785/© 2022 Revista Ciências em Saúde. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob uma licença CC BY-NC-SA ([https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt_BR))



**KEYWORDS**

Absenteeism  
Appointments and  
schedules  
Diabetes mellitus  
Health services  
accessibility  
Secondary care

**ABSTRACT**

**Objective:** To analyze the association between absenteeism and access to specialized consultations for diabetics, in the Unified Health System (SUS) in Espírito Santo (ES).

**Methods:** Cross-sectional study conducted using primary and secondary data with 472 diabetics  $\geq$  18 years old scheduled in consultation with endocrinologist in the System of Regulation Centers of ES. The variables of the dimensions of access - availability, financial viability, and acceptability - were used to estimate the association with absenteeism. Logistic regression was used for the crude and adjusted analyses.

**Results:** An association was found between absenteeism of diabetics and the variables living less than 10 km from the provider (OR: 1.81; 95%CI: 1.16 - 2.82,  $p = 0.01$ ), need for transportation (OR: 4.89; 95%CI: 2.54 - 9.42,  $p < 0.001$ ), and having financial expenses to attend the appointment (OR: 2.06; 95%CI: 1.23 - 3.44;  $p = 0.01$ ).

**Conclusion:** The main barriers of access to health services that contribute to the high prevalence of absenteeism from appointments with endocrinologists can be understood as a proxy for the socioeconomic status of diabetics and show close relationship with the social determinants of health.

**INTRODUÇÃO**

No atual perfil epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis, o *diabetes mellitus* (DM) configura importante causa de morbimortalidade e custos dos sistemas de saúde em todo o mundo<sup>1</sup>. A Carga Global do DM no Brasil mostrou que é a segunda maior causa de anos de vida produtivos perdidos por incapacidade (6,1% da carga de doenças) e 6,9% quando por mortes prematuras, o que aumenta com o avançar da idade<sup>2</sup>.

Nesse sentido, torna-se fundamental o autogerenciamento e o acompanhamento regular do diabético nos serviços de saúde com vistas à prevenção de danos, principalmente, aqueles irreversíveis que levam à incapacitação ou morte prematura, assim como os efeitos sociais e econômicos adversos<sup>3</sup>.

O absentismo, entendido como o não comparecimento do indivíduo a uma consulta médica agendada, gera grande obstáculo à continuidade do tratamento do DM, bem como, à prevenção e à intervenção oportuna<sup>4,5</sup>.

Além disso, o absentismo gerado pelo atendimento não realizado é a oportunidade perdida de ofertar assistência e cuidado a outro indivíduo que necessita de atenção à saúde. Isso repercute no aumento da demanda reprimida por consultas especializadas, filas, longo tempo de espera, desperdício de recursos públicos, como também, gera impacto negativo na eficiência da clínica e da gestão dos serviços de saúde<sup>6-8</sup>.

O absentismo representa um problema crônico em todos os sistemas de saúde mundiais. A taxa média geral foi estimada em torno de 23% e aumenta quando analisada por especialidade médica<sup>9,10</sup>. Para os diabéticos, a taxa de absentismo variou entre 8% e 64%<sup>4,5,11</sup>.

No Brasil, não foram encontrados estudos que analisassem a relação do absentismo de diabéticos às consultas especializadas agendadas no Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, pesquisas acerca do absentismo às consultas especializadas de diversas doenças apresentaram taxas iguais ou superiores a 25%. Essas pesquisas revelaram alguns fatores associados ao absentismo às consultas especializadas, como a

existência de barreiras socioculturais, financeiras, geográficas e ainda apontaram diferenças na oferta e organização dos serviços de saúde<sup>6,8,12-15</sup>.

Estudo de metassíntese evidenciou que o absentismo às consultas possa ser, dentre outros, um problema relacionado às barreiras de acesso aos serviços de saúde<sup>16</sup>.

Acesso é um conceito multidimensional que não pode ser traduzido apenas como o uso dos serviços de saúde, mas, como a oportunidade de usá-los, o que implica em um conjunto de circunstâncias favoráveis e o poder de escolha em um dado contexto<sup>17,18</sup>.

Thiede, Akweongo e Mc'Intyre<sup>18</sup> definem acesso como o representante do grau de ajuste entre os serviços de saúde e comunidade mediante três dimensões - disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade, sendo entendido como um modelo que propõe a operacionalização do acesso aos serviços de saúde considerando a abordagem das desigualdades no sistema de saúde<sup>19</sup>.

Isto posto, fica evidente a necessidade de analisar o absentismo sob a ótica da especialidade médica e população específica, no intuito de gerar dados que subsidiem a implementação de políticas públicas de saúde para pessoas com doenças crônicas na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)<sup>6,8,14,20</sup>. Portanto, este estudo se propõe a analisar a associação entre o absentismo e o acesso às consultas especializadas dos diabéticos no SUS do estado do Espírito Santo (ES).

**MÉTODOS**

Estudo transversal com análise de dados primários e secundários realizado com diabéticos residentes no ES e agendados para consultas com endocrinologista no SUS no período de janeiro a dezembro de 2018.

O ES possui população estimada de 4.064.052 habitantes<sup>21</sup> e está dividido em quatro regiões de saúde de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR-ES) - Norte, Central, Metropolitana e Sul<sup>22</sup>.

Os dados secundários referentes aos indivíduos que realizaram agendamento de consultas com endocrinologista em 2018 foram obtidos na Central de Regulação Ambulatorial da Secretaria de Estado do ES

por meio do Sistema de Centrais de Regulação (SISREG). A partir da relação dos indivíduos registrados no SISREG foram extraídos os dados de identificação, residência, consultas solicitadas, realizadas e absenteísmo. Posteriormente, os indivíduos foram selecionados segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), referente ao DM: E10.0 a E12.0, E13.0, E13.1, E14.0, E14.3, E14.4, E14.8, E14.9, G59.0, G63.2, G99.0, H36.0, O24 e R73.0.

A população do estudo consistiu em indivíduos maiores ou iguais a 18 anos, referido como DM no SISREG, residentes no ES, agendados em consulta com o endocrinologista pelo SISREG em 2018 e que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Realizou-se a leitura do TCLE com gravação da ligação por meio de aplicativo gratuito de telefonia móvel.

O cálculo amostral baseou-se na prevalência do absenteísmo de diabéticos, conforme o banco de dados secundários, poder do estudo de 80%, intervalo de confiança de 95% (IC95%) e a relação de um absenteísta para dois não absenteístas, respeitando-se a proporção dos agendamentos das consultas com o endocrinologista nas quatro regiões de saúde. A razão de chances entre o absenteísmo e os fatores associados foi estimada em 1,80 e no grupo não absenteísta considerou-se 25% de exposição. A população final foi constituída por 472 diabéticos selecionados aleatoriamente e nos casos de exclusão realizou-se novo sorteio. Foram excluídos os diabéticos que estavam institucionalizados, sem condições para responder, que recusaram participação, cujo número do telefone ou celular pertencia a outra pessoa, que não atenderam a quatro tentativas de chamadas telefônicas ou negaram diagnóstico de DM.

A coleta dos dados primários ocorreu entre maio de 2019 e janeiro de 2020 e foi realizada por quatro entrevistadoras treinadas e calibradas para aplicação dos questionários e padronização das entrevistas, tendo em vista a homogeneização da coleta. As entrevistas estruturadas foram efetivadas via ligação telefônica com duração média de 30 min, em dias e horários variados, incluídos os finais de semana. Na ligação telefônica, as entrevistadoras, inicialmente leram um breve texto contendo a apresentação da instituição e como o número telefônico do participante foi adquirido e sorteado. Posteriormente, foi realizada a leitura do TCLE que apresentou a pergunta: “a ligação está sendo gravada e, se o (a) senhor (a) compreendeu todas as informações aqui prestadas, responda se concorda em participar desta pesquisa por telefone ou celular?” Todos os participantes receberam o TCLE via *Short Message Service (SMS)* ou *WhatsApp*.

O absenteísmo (variável dependente) foi avaliado mediante a falta de uma ou mais consultas no SISREG no período avaliado. A classificação da categoria de absenteísta foi confirmada por meio da entrevista. Adotou-se a reclassificação nas seguintes situações: a) ter ido à consulta, porém, o endocrinologista não compareceu (4); b) relatar que desconhecia o agendamento da referida consulta (15); e c) ter chegado atrasado e não efetuar a consulta (5). Isto posto, 24 diabéticos absenteístas entrevistados foram reclassificados como não absenteístas.

Adotou-se a definição de acesso como a

“liberdade de usar os serviços de saúde” representada por três dimensões: disponibilidade (existência de serviços de saúde apropriados e ao alcance dos usuários), viabilidade financeira (custos diretos e indiretos dos cuidados em relação à capacidade de pagamento dos usuários), e aceitabilidade (interação entre as expectativas dos usuários em relação aos prestadores de serviços)<sup>18</sup>.

Em relação às variáveis independentes foram consideradas as seguintes dimensões do acesso aos serviços de saúde: 1) disponibilidade - agendamento da consulta realizado pela unidade de saúde do diabético, tempo percebido entre saída para consulta e retorno à residência (horas), distância entre a residência e o prestador da consulta (quilômetros), residência no mesmo município do prestador da consulta com endocrinologista; 2) viabilidade financeira - necessidade de algum tipo de transporte para comparecer à consulta, pagamento por algum tipo de tratamento de saúde para o DM, pagamento por algum medicamento para o tratamento do DM, gasto financeiro para comparecer a consulta, empréstimo/endividamento para comparecer a consulta, perda de produtividade / renda para comparecer a consulta, quantidade de consulta agendada com o endocrinologista no ano de referência; e 3) aceitabilidade - existência de atividade de grupo ou reuniões educativas para os diabéticos, participação em atividades de grupo ou reuniões educativas para os diabéticos na sua unidade de saúde, qualidade dos serviços de saúde da sua unidade de saúde, percepção de aspectos positivos na unidade de saúde.

Para analisar o acesso dos diabéticos às consultas com o endocrinologista foi utilizado um instrumento previamente descrito e validado<sup>23</sup>.

Os dados obtidos foram descritos por meio de frequência absoluta e relativa de acordo com cada variável do estudo. Para a análise do absenteísmo foram realizadas análises de regressão logística. Considerou-se como referência para as análises a categoria das variáveis que apresentou melhor condição para o desfecho. As variáveis com  $p < 0,20$  foram incluídas no modelo ajustado. Para permanência no modelo final considerou-se o nível de significância de 5%. Ademais, foram apresentados os *odds ratio* (OR) brutos e ajustados e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Os dados foram digitados no programa Epi Info 7.2.4.0 e analisados pelo *software* Stata®, versão 14.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP) conforme a resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e Secretaria Estadual de Saúde do ES, sob o CAAE 04078918.2.0000.5060.

## RESULTADOS

Compôs o banco de dados secundários 4.136 indivíduos e, desse total, 1.537 (37,50%) apresentaram uma ou mais faltas às consultas agendadas.

Para o estudo foram entrevistados 472 diabéticos sendo 140 absenteístas e 332 não absenteístas. Conforme plano de reposição amostral foram realizadas 3.280 ligações telefônicas e substituídos 2.808 indivíduos

cujo número de telefone não estava cadastrado no SISREG (559), não existia (610), não recebia chamadas (353), pertencia a outra pessoa (333) e não atendeu após quatro tentativas (698). Também foram substituídos os que relataram não ter DM (102), não tinham condições de responder (14), recusaram participação (108) e os óbitos (31) (Dados não apresentados em tabela).

A maioria dos diabéticos eram mulheres (71,19%), apresentavam proporção semelhante de jovens adultos e idosos (51,27%), eram pretos e pardos (66,31%), possuíam menos de quatro anos de estudo (43,43%), viviam com seus companheiros (66,74%), residiam na zona urbana (85,38%) e tinham renda média domiciliar per capita de meio salário-mínimo (35,81%) (Tabela 1).

Em relação ao acesso aos serviços de saúde observou-se que na dimensão disponibilidade a maioria dos agendamentos para a consulta com endocrinologista foi realizado pela unidade de saúde (76,48%), aproximadamente metade dos diabéticos residiam a menos de 10 quilômetros do prestador da consulta com o endocrinologista (52,33%), e quase três quartos residiam no mesmo município do prestador da consulta com endocrinologista (74,79%) (Tabela 2).

Na dimensão viabilidade financeira a maior parte dos diabéticos necessitou de algum transporte para comparecer à consulta com o endocrinologista (84,75%), não precisaram pagar por tratamento (76,69%) e

medicamento (66,10%), tiveram gastos financeiros para comparecerem à consulta (63,98%), não precisaram de empréstimo ou se endividaram (85,17%), não tiveram perda de produtividade/renda para comparecer à consulta (81,99%) e pouco mais da metade dos diabéticos tiveram apenas uma consulta agendada com o endocrinologista no ano de referência (54,03%) (Tabela 2).

Quanto à dimensão aceitabilidade observou-se que a maioria dos diabéticos não tinham conhecimento sobre a existência de atividade de grupo ou reuniões educativas (71,40%), não participaram de atividade de grupo ou reuniões educativas (86,65%), consideraram boa ou muito boa a qualidade dos serviços de saúde (80,72%), bem como perceberam aspectos positivos na sua unidade de saúde (65,68%) (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta o modelo final com as exposições que se mostraram associadas ao absenteísmo às consultas do diabético com o endocrinologista. A chance de absenteísmo às consultas com o endocrinologista foi maior entre os diabéticos que residiam a menos de 10 quilômetros do prestador da consulta (OR: 1,81; IC95%: 1,16 - 2,82,  $p = 0,01$ ); necessitaram de transporte (OR: 4,89; IC95%: 2,54 - 9,42,  $p < 0,001$ ) e tiveram gastos financeiros para comparecerem à consulta (OR: 2,06; IC95%: 1,23 - 3,44,  $p = 0,01$ ).

**Tabela 1** – Distribuição do absenteísmo de diabéticos às consultas com endocrinologista segundo as características socioeconômicas e demográficas. Espírito Santo, Brasil, 2018. Valores em n (%).

Variáveis	Total	Absenteísmo	
		Sim	Não
Sexo			
Feminino	336 (71,19)	105 (31,25)	231 (68,75)
Masculino	136 (28,81)	35 (25,74)	101 (74,26)
Faixa etária			
≥ 60 anos	242 (51,27)	75 (30,99)	167 (69,01)
20 - 59 anos	230 (48,73)	65 (28,26)	165 (71,74)
Raça/Cor			
Branca	159 (33,69)	44 (27,67)	115 (72,33)
Preta / Parda	313 (66,31)	96 (30,67)	217 (69,33)
Escolaridade			
≥ 12 anos	28 (5,93)	10 (35,71)	18 (64,29)
9 - 11 anos	116 (24,58)	36 (31,03)	80 (68,97)
5 - 8 anos	123 (26,06)	33 (26,83)	90 (73,17)
≤ 4 anos	205 (43,43)	61 (29,76)	144 (70,24)
Situação conjugal			
Com companheiro	315 (66,74)	86 (27,30)	229 (72,70)
Sem companheiro	157 (33,26)	54 (34,39)	103 (65,61)
Zona de moradia			
Urbana	403 (85,38)	120 (29,78)	283 (70,22)
Rural	69 (14,62)	20 (28,99)	49 (71,01)
Renda média domiciliar per capita			
≤ R\$ 499,00	169 (35,81)	62 (36,69)	107 (63,31)
R\$ 500,00 - R\$ 998,00	159 (33,69)	40 (25,16)	119 (74,84)
> R\$ 998,00	144 (30,51)	38 (26,39)	106 (73,61)
Total	472 (100)	140 (100)	332 (100)

**Tabela 2** – Distribuição do absenteísmo de diabéticos às consultas com endocrinologista segundo as dimensões do acesso aos serviços de saúde. Espírito Santo, Brasil, 2018. Valores em n (%).

Variáveis		Total	Absenteísmo	
			Sim	Não
<b>Disponibilidade</b>				
O agendamento da consulta com o endocrinologista foi realizado pela unidade de saúde do diabético	Sim	361 (76,48)	106 (29,36)	255 (70,64)
	Não	111 (23,52)	34 (30,63)	77 (69,37)
Tempo percebido entre saída para consulta com endocrinologista e retorno à residência (h)	≤ 4h	237 (50,21)	85 (35,86)	152 (64,14)
	5 a 8 h	152 (32,2)	35 (23,03)	117 (76,97)
	≥ 9h	83 (17,58)	20 (24,10)	63 (75,90)
Distância entre a residência do diabético e o prestador da consulta (Km)	≥10 Km	225 (47,67)	74 (32,89)	151 (67,11)
	< 10 Km	247 (52,33)	66 (26,72)	181 (73,28)
Residência no mesmo município do prestador da consulta com endocrinologista	Sim	119 (25,21)	38 (31,93)	81 (68,07)
	Não	353 (74,79)	102 (28,90)	251 (71,10)
<b>Viabilidade Financeira</b>				
Necessidade de algum tipo de transporte para comparecer à consulta com o endocrinologista	Não	72 (15,25)	49 (68,03)	23 (31,94)
	Sim	400 (84,75)	91 (22,75)	309 (77,25)
Pagamento por algum tipo de tratamento de saúde para o diabetes mellitus	Não	362 (76,69)	110 (30,39)	252 (69,61)
	Sim	110 (23,31)	30 (27,27)	80 (72,73)
Pagamento por algum medicamento para o tratamento do diabetes mellitus	Não	312 (66,10)	97 (31,09)	215 (68,91)
	Sim	160 (33,90)	43 (26,88)	117 (73,13)
Gasto financeiro para comparecer a consulta	Não	170 (36,02)	80 (47,06)	90 (52,94)
	Sim	302 (63,98)	60 (19,87)	242 (80,13)
Empréstimo / endividamento para comparecer a consulta	Não	402 (85,17)	124 (30,85)	278 (69,15)
	Sim	70 (14,83)	16 (22,86)	54 (77,14)
Perda de produtividade / renda para comparecer a consulta	Não	387 (81,99)	118 (30,49)	269 (69,51)
	Sim	85 (18,01)	22 (25,88)	63 (74,12)
Quantidade de consulta agendada com o endocrinologista no ano de referência	Apenas uma consulta	255 (54,03)	70 (27,45)	185 (72,55)
	Mais de uma consulta	217 (45,97)	70 (32,26)	147 (67,74)
<b>Aceitabilidade</b>				
Existência de atividade de grupo ou reuniões educativas para os diabéticos	Sim	135 (28,60)	50 (37,04)	85 (62,96)
	Não	337 (71,40)	90 (26,71)	247 (73,29)
Participação em atividades de grupo ou reuniões educativas para os diabéticos na sua unidade de saúde	Sim	63 (13,35)	20 (31,75)	43 (68,25)
	Não	409 (86,65)	120 (29,34)	289 (70,66)
Qualidade dos serviços de saúde da sua unidade de saúde	Sim	381 (80,72)	107 (28,08)	274 (71,92)
	Não	91 (19,28)	33 (36,26)	58 (63,74)
Percepção de aspectos positivos na unidade de saúde	Sim	310 (65,68)	90 (29,03)	220 (70,97)
	Não	162 (34,32)	50 (30,86)	112 (69,14)
<b>Total</b>		<b>472 (100)</b>	<b>140 (100)</b>	<b>332 (100)</b>

**Tabela 3** – Fatores associados ao absenteísmo de diabéticos às consultas com endocrinologista segundo variáveis das dimensões do acesso aos serviços de saúde. Espírito Santo, Brasil, 2018.

Dimensões		Análise Bruta			Análise Ajustada		
		OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
<b>Disponibilidade</b>							
O agendamento da consulta com o endocrinologista foi realizado pela unidade de saúde do diabético	Sim	1					
	Não	1,94	0,59 - 1,50	0,80	-	-	-
Tempo percebido entre saída para consulta com endocrinologista e retorno à residência (h)	≤ 4h	1					
	5 a 8 h	1,87	1,18 - 2,96	0,01			
	≥ 9 h	1,76	0,99 - 3,11	0,05	-	-	-
Distância entre a residência do diabético e o prestador da consulta (km)	≥10 km	1			1		
	< 10 km	1,34	0,90 - 1,99	0,14	1,81	1,16 - 2,82	0,01
Residência no mesmo município do prestador da consulta com endocrinologista	Sim	1					
	Não	0,15	0,74 - 1,81	0,53	-	-	-
<b>Viabilidade Financeira</b>							
Necessidade de algum tipo de transporte para comparecer à consulta com o endocrinologista	Não	1			1		
	Sim	7,23	4,18 - 12,51	<0,001	4,89	2,54 - 9,42	< 0,001
Pagamento por algum tipo de tratamento de saúde para o diabetes mellitus	Não	1					
	Sim	1,16	0,72 - 1,87	0,53	-	-	-
Pagamento por algum medicamento para o tratamento do diabetes mellitus	Não	1					
	Sim	1,23	0,80 - 1,87	0,34	-	-	-
Gasto financeiro para comparecer a consulta	Não	1			1		
	Sim	3,58	2,37 - 5,42	<0,001	2,06	1,23 - 3,44	0,01
Empréstimo / endividamento para comparecer a consulta	Não	1					
	Sim	1,50	0,83 - 2,73	0,18	-	-	-
Perda de produtividade / renda para comparecer a consulta	Não	1					
	Sim	1,26	0,74 - 2,14	0,40	-	-	-
Quantidade de consulta agendada com o endocrinologista no ano de referência	Apenas uma consulta	1					
	Mais de uma consulta	1,79	0,53 - 1,18	0,25			
<b>Aceitabilidade</b>							
Existência de atividade de grupo ou reuniões educativas para os diabéticos	Sim	1					
	Não	1,61	1,05 - 2,47	0,03	-	-	-
Participação em atividades de grupo ou reuniões educativas para os diabéticos na sua unidade de saúde	Sim	1					
	Não	1,12	0,63 - 1,98	0,70	-	-	-
Qualidade dos serviços de saúde da sua unidade de saúde	Sim	1					
	Não	0,69	0,42 - 1,11	0,13	-	-	-
Percepção de aspectos positivos na unidade de saúde	Sim	1					
	Não	0,92	0,60 - 1,39	0,68			

## DISCUSSÃO

Não foram encontrados no Brasil trabalhos semelhantes que analisassem o absenteísmo às consultas na AAE considerando especialidade e população distintas, respectivamente, endocrinologia e diabéticos. Tampouco estudos ancorados em referencial teórico-conceitual de acesso aos serviços de saúde calçado na disponibilidade, viabilidade financeira e aceitabilidade.

No Brasil são reconhecidos os inúmeros desafios relacionados às limitações da oferta, a crescente demanda por serviços de saúde na AAE e a alta taxa de absenteísmo nesse ponto de atenção, que de forma geral, é igual ou superior a 25%<sup>6,8,12-15</sup>. Situação que evidencia a existência de um paradoxo do acesso aos serviços de saúde - contradição entre a oferta limitada e o absenteísmo às consultas especializadas.

Com o propósito de ampliar o acesso aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das pessoas com doenças crônicas e definiu as diretrizes para a organização das linhas de cuidado a fim de garantir a integralidade e longitudinalidade nos diferentes pontos de atenção<sup>24</sup>. No entanto, persistem desafios para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto mantenedora do cuidado coordenado, contínuo e integral<sup>25</sup> e para a regulação da AAE, reconhecida como um dos entraves do SUS devido a sua estruturação insuficiente e heterogênea na RAS<sup>26, 27</sup>.

Consonante ao MS, no ES têm sido observadas iniciativas semelhantes como a implementação de quatro Centros de Referência de Especialidades nas Regiões de Saúde e a implantação de quatro Unidades da Rede Cuidar (modelo de atendimento que prioriza o atendimento às pessoas com condições crônicas de saúde) que atualmente assistem 46 municípios<sup>28</sup>.

No que diz respeito à dimensão disponibilidade, destaca-se que as barreiras geográficas relacionadas ao deslocamento dos indivíduos nos serviços de saúde estão imbricadas nas políticas de saúde e nos princípios organizacionais do SUS - regionalização e hierarquização<sup>29</sup>. Nesse sentido, quanto mais próximo o indivíduo estiver do serviço de saúde ofertado, maior será a facilidade de acessá-los<sup>17,18</sup>.

Todavia, os diabéticos que residiam mais próximos ao provedor da consulta – ou seja, do Centro Regional de Especialidades (CRE) – tinham 81% maior chance de absenteísmo. Provavelmente este resultado reflete as diferenças organizacionais do sistema logístico existente entre os municípios capixabas, em especial no que se referem à configuração municipal quanto a organização, a disponibilidade e a oferta de transporte aos pacientes que acessam os serviços de referência para consulta médica. Segundo Mendes<sup>30</sup>, os sistemas logísticos são as soluções tecnológicas que garantem a organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas na RAS.

Isto posto, estudo realizado em Recife (PE) evidenciou que o transporte sanitário (veículo destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos eletivos no SUS), importante mecanismo do sistema logístico, se mostrou inoportuno, dificultando a garantia do fluxo das pessoas na rede de atenção à saúde dos indivíduos com DM<sup>31</sup>.

É possível presumir que nos municípios mais distantes dos CRE, nos quais o transporte sanitário garante o fluxo dos diabéticos por meio de agendamentos, haja melhor planejamento e organização logística. Neste contexto, estudos realizados em Belo Horizonte (MG), São Paulo (SP) e Guarapari (ES) corroboram à conjectura ao demonstrar que a probabilidade de absenteísmo às consultas especializadas diminui quando disponibilizado o transporte gratuito até os serviços de saúde ou, ainda, o vale-transporte em algumas situações<sup>8,15,32</sup>.

Outro ponto a ser considerado é que maioria dos municípios do ES é de pequeno e médio porte e a metade da população estadual está concentrada na Região Metropolitana da Grande Vitória na qual está instalada a maior capacidade de serviços e ações de saúde<sup>21</sup>. Essas diferenças apontam para desigualdades na distribuição de recursos financeiros e investimentos na atenção à saúde que repercutem diretamente na oferta e organização dos serviços de saúde para a AAE<sup>22</sup>.

Uma possível explicação para o absenteísmo ser maior entre os diabéticos que residem mais próximos ao prestador da consulta no SUS é a percepção de que a qualquer momento poderá reagendar sua consulta com facilidade e rapidez. Em contraponto, residir mais distante pode ser um fator que motiva o comparecimento às consultas ao considerar as dificuldades de transporte, gastos e reagendamento. Além disso, pode-se especular que nos municípios de menor porte populacional, geralmente, os agentes comunitários de saúde responsabilizam-se tanto por realizar o agendamento na Agência Municipal de Marcação (AMA) quanto por avisar e lembrar ao diabético o dia e horário da sua consulta especializada. Há que considerar que as diversas formas de agendamento das consultas especializadas entre os municípios, bem como, as formas de comunicação e informação ao usuário do SUS também podem contribuir para o absenteísmo dos diabéticos.

Contudo, diferente do resultado encontrado, alguns estudos reforçam que a maior distância entre a residência do indivíduo e o local do prestador da consulta é preditiva de comportamento absenteísta devido, principalmente, à problemas financeiros, dificuldade de locomoção e comorbidades, dentre outros<sup>6,10,33,34</sup>.

Em relação à dimensão viabilidade financeira, entre os diabéticos que relataram necessitar de transporte para comparecer a consulta com o endocrinologista (412), a maioria dependeu do transporte por custeio próprio (77,43%) e quase a metade teve gasto financeiro com transporte (44,42%). Uma hipótese explicativa é que, entre os municípios circunvizinhos, o transporte sanitário seja ineficiente ou insuficiente. Dessa forma, a inexistência e/ou ineficácia do transporte soma-se a inviabilidade financeira para deslocamento e contribui para o comportamento absenteísta.

Também é possível pressupor que possa haver incompatibilidade de horários entre o transporte por custeio próprio e a consulta agendada. Acredita-se que a necessidade de transporte para o comparecimento à consulta com o endocrinologista não esteja atrelada, apenas, à disponibilidade de transporte adequado, mas,

principalmente, a um conjunto de circunstâncias favoráveis que permitam seu uso<sup>18</sup>. Em relação a essas circunstâncias, alguns estudos apontaram que a inexistência de transporte sanitário, problemas com o transporte<sup>8,15,34</sup> e dificuldades financeiras<sup>6,17,20</sup> se configuram importantes barreiras do acesso e preditores comuns do absenteísmo<sup>10</sup>.

Ainda, é importante refletir que a regulação assistencial do acesso no SUS, pode fornecer informações precisas em relação ao número de pessoas transportadas de uma determinada cidade, faltas às consultas e demais procedimentos e, com isso, promover melhor planejamento e organização dos serviços de saúde<sup>30</sup>. Sob esse prisma, Minas Gerais (MG) implantou um sistema estadual de transporte em saúde em parceria com consórcios de saúde de diferentes regiões e municípios que possibilitou o transporte de usuários de municípios de pequeno porte até os polos de AAE. O desenvolvimento desse sistema promoveu maior humanização na assistência aos usuários e servidores do SUS, redução do absenteísmo na AAE e, conseqüentemente, menor gasto com serviços de saúde<sup>32</sup>.

A aceitabilidade não obteve significância estatística quando da análise ajustada neste estudo. De fato, é a dimensão menos tangível do acesso, apresenta caráter subjetivo, de difícil quantificação e detecção, porém, relevante para a equidade na assistência à saúde<sup>35</sup>.

Depreende-se, portanto, que a relação entre o absenteísmo de diabéticos e o acesso à consulta com o endocrinologista no SUS possui estreita relação com os determinantes sociais de saúde, uma vez que a estratificação social pode limitar a capacidade de saúde dos indivíduos na sociedade assim como, gerar desigualdades na oportunidade de exercerem suas liberdades de uso dos serviços de saúde<sup>19</sup>.

Algumas limitações do estudo devem ser ponderadas. A realização da entrevista por meio de ligação telefônica restringiu o acesso a um perfil muito específico de participantes, ou seja, aqueles que dispõem de uma linha telefônica. Além disso, a duração da entrevista foi um obstáculo à adesão dos

participantes devido a ocupação, pouca paciência para responder às questões ou desconfiança. Ainda, considera-se possível viés de seleção<sup>36</sup> ao considerar a abordagem de 2.808 diabéticos sorteados por diferentes motivos e a ocorrência do viés de memória<sup>36</sup>, pois alguns dados foram coletados até um ano após o desfecho. Dessa maneira, é importante o desenvolvimento de estratégias que identifiquem de imediato os motivos relacionados ao absenteísmo às consultas, haja vista, a existência de uma rede complexa de reguladores, como por exemplo, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, já instituídos no SUS.

Destaca-se que o procedimento de reclassificação do diabético quanto a categoria absenteísta, confirmada via ligação telefônica, é um aspecto positivo do estudo e reduz o confundimento.

Este é um estudo relevante para a saúde coletiva por considerar as barreiras de acesso relacionados ao absenteísmo de diabéticos à consulta com endocrinologista e que pode contribuir para aumento da base de dados necessária como fator preditivo do fortalecimento de políticas públicas de saúde no Brasil.

## CONCLUSÃO

O absenteísmo de diabético às consultas com o endocrinologista no SUS está associado à menor distância entre a residência e o prestador do serviço, à necessidade de suporte para o deslocamento e ao gasto financeiro para o comparecimento à consulta. E, portanto, podem ser entendidas como proxy da condição socioeconômica dos diabéticos.

Dessa forma, tão importante quanto a oferta planejada de serviços de saúde baseada nas linhas de cuidado, é a estruturação de um sistema logístico que promova uma efetiva articulação entre a APS, a AAE e as necessidades do diabético, além de ações intersetoriais e transversais que abarquem políticas sociais, econômicas e de saúde, a fim de garantir a assistência e o cuidado com equidade, longitudinalidade e integralidade nas redes de atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas Ninth edition 2019. International Diabetes Federation; 2019.
2. Costa AF, Flor LS, Campos MR, Oliveira AF, Costa MFSC, Silva RS, et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(2):e00197915. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00197915>
3. Danaei G, Lu Y, Singh GM, Carnahan M, Stevens GA, Cowan MJ. Cardiovascular disease, chronic kidney disease, and diabetes mortality burden of cardiometabolic risk factors from 1980 to 2010: A comparative risk assessment. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014;2:634-47. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(14\)70102-0](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(14)70102-0)
4. Karter AJ, Parker MM, Moffet HH, Ahmed AT, Ferrara A, Liu JY, et al. Missed appointments and poor glycemic control: an opportunity to identify high-risk diabetic patients. *Med Care*. 2004;42(2):110-5. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109023.64650.73>
5. Low SK, Khoo JKC, Tavintharan S, Lim SC, Sum CF. Missed appointments at a diabetes centre: not a small problem. *Ann Acad Med Singapore*. 2016;45 (1):1-5. PMID:27118222
6. Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na Atenção Secundária e suas implicações na Atenção Básica. *Espaço Saúde*. 2010;11(2):56-65. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-561974>
7. Mesa MLJ, Asencio JMM, Ruiz FR. Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol. *An Sist Sanit Navar*. 2015;38(2):235-45. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272015000200007>
8. Bittar OJNV, Magalhães A, Martines CM, Felizola NBG, Falcão LHB. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. BEPA [Internet]. 2016 [cited 2022 May 31];13(152):19-32. Available from: <https://bit.ly/3taAhJM>
9. Turkcan A, Nuti L, DeLaurentis P-C, Tian Z, Daggy J, Zhang L, et al. No-show modeling for adult ambulatory clinics. In: Denton B. [Editor]. *Healthcare Operations Management*. International Series in Operations Research & Management Science. New York, NY: Springer; 2013;184: 251-88. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5885-2\\_10](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5885-2_10)
10. Dantas LF, Fleck JL, Oliveira FLC, Hamacher S. No-shows in appointment scheduling - a systematic literature review.

- Health Policy. 2018;122(4):412-21. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.002>
11. Griffin SJ. Lost to follow-up: the problem of defaulters from diabetes clinics. *Diabet Med*. 1998;15(Suppl 3):S14-24. PMID:9829764
  12. Da Costa TM, Salomão PL, Marthab SA, Pisac IT, Sigulemc D. The impact of short message service text messages sent as appointment reminders to patients' cell phones at outpatient clinics in São Paulo, Brazil. *Int J Med Inf*. 2010;79(1):65-70. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2009.09.001>
  13. Cavalcanti RP, Cavalcanti JCM, Serrano RMSM, Santana PR. 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. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2013;7(2):63-84. Available from: <https://bit.ly/3NmOJGJ>
  14. Beltrame SM, Oliveira AE, Santos MAB, Santos Neto ET. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: Desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde Debate*. 2019;43(123):1015-30. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912303>
  15. Rodrigues JG, Stein JOS, Nunes TA, Vasconcelos KA, Zandonade E, Anhoque CF. Perfil de absenteísmo às consultas eletivas de subespecialidades pediátricas de um hospital universitário. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2019;21(3):113-21. <https://doi.org/10.21722/rbps.v21i3.28215>
  16. Farias CML, Santos Neto ET, Esposti CDD. Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2239. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2239](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2239)
  17. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.183-206
  18. Thiede M, Akweongo P, McIntyre D. Explorando as dimensões do acesso. In: McIntyre D, Mooney G [Eds.]. Aspectos econômicos da equidade em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.
  19. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260-8. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012000300012>
  20. Briatore A, Tarsetti EV, Agustin Latorre A, Quirós FGB, Luna D, Fuentes NA. Causes of appointment attendance, nonattendance, and cancellation in outpatient consultations at a university hospital. *Int J Health Plann Manage* 2020;35(1):207-20. <https://doi.org/10.1002/hpm.2890>
  21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da População [Internet] [cited 2022 May 31]. Available from: <https://bit.ly/3z2mkYp>
  22. Espírito Santo. Secretaria de Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde 2011. Sergipe, ES: Secretaria de Estado da Saúde; 2011 [cited 2022 May 31]. Available from: <https://bit.ly/3m7swjy>
  23. Leal ML, Santos Neto ET, Cattafesta M, Cade NV. Confiabilidade e Análise dos componentes principais de um questionário sobre acesso dos diabéticos às consultas com o endocrinologista. *Rev Bras Pesqui Saúde* 2021;22(4):84-96. <https://doi.org/10.47456/rbps.v22i4.32914>
  24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2022 May 31]. Available from: <https://bit.ly/3azcXyS>
  25. Fausto MCR, Almeida PF Bousquat. A. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração das redes de atenção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2018. p. 51-72. <https://doi.org/10.7476/9788575416297.0004>
  26. Oliveira RC, Correa AA, Ferreira AG, Marques ZFA. A reorganização da atenção secundária como estratégia para a garantia da integralidade. In: Magalhães HM Jr, organizador. Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2010. p. 149-71
  27. Tesser CD, Neto PP. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(3):941-51. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>
  28. Espírito Santo. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Vitória, ES: Secretaria de Estado da Saúde; 2019. Available from: <https://bit.ly/3z9RoYv>
  29. Solla JJSP, Paim JS. Relação entre a Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade: Desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. In: Paim JS, Almeida-Folho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014.
  30. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
  31. Santos RSAF. Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). *Saúde Debate* 2015;39(spe): 268-82. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005368>
  32. Marques AJS, Lima MS. Sistema estadual de transporte em saúde em Minas Gerais. In: Marques AJS, Mendes EV, Silva JA, Silva MVC (Org.). O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010. p. 199-207.
  33. Lee VJ, Earnest A, Chen MI, Krishnan B. Predictors of failed attendances in a multi-specialty outpatient centre using electronic databases. *BMC Health Serv Res*. 2005;5:51. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-51>
  34. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 2013;21(spe):131-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>
  35. Gilson L. Aceitabilidade, confiança e equidade. In: McIntyre D, Mooney G, organizadores. Aspectos econômicos da equidade em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 163-90.
  36. Medronho R, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL (eds.). *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2009.

**Conflitos de interesse:** Os autores informam não haver conflitos de interesse relacionados a este artigo.

#### Contribuição individual dos autores:

Concepção e desenho do estudo: MLL  
 Análise e interpretação dos dados: MLL, NVC  
 Coleta de dados: MLL  
 Redação do manuscrito: MLL, NVC  
 Revisão crítica do texto: ETSN, EZ, TDS  
 Aprovação final do manuscrito\*: MLL, ETSN, EZ, TDS, NVC  
 Análise estatística: MLL, EZ  
 Responsabilidade geral pelo estudo: MLL

\*Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito submetido para publicação da Rev Cienc Saude.

**Informações sobre financiamento:** não se aplica.