

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

RENATA PEREIRA SILVEIRA

**Determinantes do absenteísmo nas consultas agendadas para a rede
assistencial do Sistema Único de Saúde**

RIBEIRÃO PRETO

2013

RENATA PEREIRA SILVEIRA

Determinantes do absenteísmo nas consultas agendadas para a rede assistencial do Sistema Único de Saúde

Dissertação apresentada ao Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, para obtenção do grau de **Mestre**.

Área de Concentração: Morfologia e Medicina Experimental

Orientador: **Prof. Dr. José Sebastião dos Santos**

Ribeirão Preto-SP

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Silveira, Renata Pereira

Determinantes do absenteísmo nas consultas agendadas para a rede assistencial do Sistema Único de Saúde. Ribeirão Preto, 2013.

108 p: il; 29,7 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Morfologia e Cirurgia Experimental.

Orientador: José Sebastião dos Santos

1. Absenteísmo 2. Agendamento de consultas 3. Rede assistencial
4. Regulação e fiscalização em saúde 5. Sistema Único de Saúde

SILVEIRA, Renata Pereira. **Determinantes do absenteísmo nas consultas agendadas para a rede assistencial do Sistema Único de Saúde.** Dissertação apresentada ao Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Mestre. Área de concentração: Morfologia e Cirurgia Experimental.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Suporte Financeiro:

Fundação Waldemar Barnsley Pessoa

Suporte Administrativo:

Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Dedico:

Ao Sebastião Sérgio, meu amado esposo, com quem divido minhas alegrias e tristezas e em quem me inspiro quando deparo com desafios. Obrigada pelo incentivo e apoio para alcançar mais este objetivo.

Ao Arthur e Murilo, amados filhos, por serem tudo que há de mais belo na minha vida, fontes inesgotáveis de amor, renovação, aprendizado e continuidade.

Aos meus pais, **Valdomiro e Laura**, por ajudarem na formação do meu caráter, pelo amor incondicional, paciência e crença em minhas vontades e ideais.

Amo muito vocês!

Um Agradecimento Muito Especial

Ao meu orientador, **Prof. Dr. José Sebastião dos Santos**, pela oportunidade de partilhar um pouco do seu compromisso e ideal de assistência à saúde; pela disposição em me ajudar; pela segurança, determinação e competência com que me acompanhou durante esses três anos de estudo, especialmente nos momentos cruciais de realização deste trabalho. Serei sempre muito grata!

Agradecimentos

A **Deus**, por sua imensa sombra que sempre me protege e direciona, e por ter colocado as pessoas certas na minha vida para que eu conseguisse realizar este sonho.

A **Dra. Ana Kazan**, pelo incentivo, pelos ensinamentos, comprometimento e por ter colaborado com brilhantismo e seriedade na execução deste estudo. Ana, você foi muito importante.

A **Maria Cristina Francelin**, com quem pude contar em vários momentos da pesquisa, não apenas por seu valioso conhecimento sobre a rede pública de saúde, mas também por seu ombro amigo sempre disposto a ajudar.

Às valiosas contribuições da Comissão Examinadora de Qualificação, nas pessoas da **Profa. Dra Maria do Carmo G. G. Caccia Bava e Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro**, pela acolhida e sábias sugestões que refletem vasto conhecimento na área da saúde.

A **Profa. Dra Maria José B. Pereira**, por sua participação carinhosa, disponibilidade e solidariedade em colaborar comigo. Obrigada Zezé, por ter novamente me ajudado quando precisei, nunca me esquecerei disso!

Às **pessoas** que colaboraram para o painel de especialistas e do teste de campo, por terem analisado e sugerido modificações que facilitaram o entendimento dos instrumentos desta pesquisa.

Aos **usuários do Sistema Único de Saúde**, principalmente aqueles que colaboraram com este estudo.

À **Fundação Waldemar Barnsley Pessoa** pelo apoio financeiro e por ter tornado possível esta pesquisa.

E a **todos** que por ventura não foram citados, mas que de alguma forma colaboraram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

RESUMO

SILVEIRA, RENATA PEREIRA. **Determinantes do absenteísmo nas consultas agendadas para a rede assistencial do Sistema Único de Saúde**. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

O absenteísmo dos usuários nas consultas agendadas para a rede de atenção do Sistema Único de Saúde pode justificar a baixa produção em alguns dos seus componentes assistenciais e a aglomeração de pacientes nos serviços de urgência. O objetivo deste estudo foi identificar os motivos das faltas às consultas agendadas, na rede pública de saúde. Foi analisada uma amostra aleatória de 834 pacientes faltosos às unidades básicas de saúde, ambulatórios especializados não hospitalares e hospitalares, mediante o envio de três questionários por via postal, com indagações relativas à organização dos serviços e aos motivos do absenteísmo. A taxa global de absenteísmo foi de 32,2% (42,7% na atenção básica e 17,0% na atenção hospitalar - $p < 0,001$). O índice de respostas dos usuários aos questionários foi de 42,7%. Dentre as 390 respostas obtidas, os 29 motivos alegados para justificar as faltas foram agrupados em três fatores: relacionados ao sujeito, aos serviços de saúde e os de ordem social. No conjunto das respostas obtidas de todos os serviços avaliados, 152 (39,0%) apontavam motivos relacionados ao sujeito, 124 (32,0%) de ordem social e 114 (29,0%) associados aos serviços de saúde. A frequência desses fatores na rede assistencial e nos seus diferentes componentes avaliados (atenção básica, ambulatórios especializados não hospitalares e hospitalares) foi equivalente. Dentre os 29 motivos alegados, os mais frequentes foram: coincidência do trabalho e da consulta, demora entre agendamento e realização da consulta e mudança da condição clínica para piora ou melhora. A maioria dos respondentes registrou a falta de flexibilidade dos agendadores em compatibilizar o horário de consulta com as suas possibilidades, mas, por outro lado, está satisfeita com o atendimento. O estudo demonstra a viabilidade do método de pesquisa empregado e indica que a mitigação do absenteísmo na assistência programada à saúde depende de políticas e estratégias voltadas ao exercício pleno da cidadania, com ênfase na contrapartida dos deveres dos usuários, na compatibilização dos direitos à saúde e ao trabalho e no aperfeiçoamento do acesso aos serviços de saúde, sobretudo, na atenção pré-hospitalar.

Palavras-chave: absenteísmo, agendamento de consultas, atenção básica, assistência ambulatorial, atenção hospitalar, rede assistencial, regulação e fiscalização em saúde, urgência, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

SILVEIRA, RENATA PEREIRA. Determinants of absenteeism in scheduled visits of the Unified Health System 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

The absenteeism of users in scheduled visits of the public health network may explain the low production of some of the health units and the agglomeration of patients in emergency services. The objective of the present study was to identify the reasons for failure to attend visits scheduled in the public health network. A random sample of 834 patients who failed to attend visits at basic health units and at specialized hospital and non-hospital outpatient clinics was contacted by mailing three questionnaires inquiring about the organization of the services and the reasons for absenteeism. The overall rate of absenteeism was 32.2% (42.7% for basic care and 17,0% for hospital care - $p<0.001$). The rate of user response to the questionnaires was 42.7%. Among the 390 replies obtained, the 29 reasons alleged to justify the absenteeism were grouped into 3 factors: related to the subject, related to the health services, and of a social nature. Of the global replies obtained from all services evaluated, 152 (39.0%) pointed out reasons related to the subject, 124 (32.0%) were of a social nature, and 114 (29.0%) were related to the health services. The frequency of these factors in the public health network and in its different components evaluated (basic care, specialized non-hospital and hospital outpatient clinics) was equivalent. Among the 29 reasons alleged, the most frequent were: coincidence of working hours and visit, delay between the scheduling and the actual visit, forgetfulness, and problems with transportation. Most of the respondents reported lack of flexibility on the part of the scheduling agents in matching the time of the visit to the possibilities of the patient, although most respondents were satisfied with the attention received. The study demonstrates the viability of the research method used and indicates that the mitigation of absenteeism in programmed health care depends on policies and strategies directed at the full exercise of citizenship, with emphasis on the obligations of the users, on the reconciliation between the right to health and the right to work, and on the improvement of access to health services, especially regarding pre-hospital care.

Key words: absenteeism, scheduling of visits, basic health care, ambulatory health care, hospital care, assistance network, health regulation, regulation and supervision of health services, emergency, Unified Health System.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Locais de atendimento estudados e suas categorias	38
Tabela 2 - Total de pacientes com primeiras consultas e retornos agendados e os respectivos faltosos para cada unidade de saúde selecionada, no período de outubro a novembro de 2010	39
Tabela 3 - Número total de usuários faltosos de cada extrato e amostra selecionados para estudo em cada unidade	40
Tabela 4 - Questões comuns aos três questionários em destaque	41
Tabela 5 - Número total de usuários agendados, faltosos, amostragem para o estudo e respondentes nos níveis de atenção à saúde: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e ambulatório especializado hospitalar (AH)	48
Tabela 6 - Detalhamento dos envios dos cartões e questionários com as respectivas devoluções	49
Tabela 7 - Característica dos respondentes	49
Tabela 8 - Agendamentos para primeira consulta (PC) e retornos (RT) entre respondentes nos diferentes níveis de atenção à saúde: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e ambulatório especializado hospitalar (AH)	50
Tabela 9 - Características dos respondentes iniciais e tardios na avaliação do local de atendimento	50
Tabela 10 - Características dos respondentes iniciais e tardios quanto à idade e ao número de dias esperados para o atendimento agendado	51
Tabela 11 - Comparação entre respondentes iniciais e tardios para as variáveis nominais	51
Tabela 12 - Correlação entre variáveis nominais nos diferentes de níveis de atenção à saúde. Atenção básica, ambulatório especializado não hospitalar e ambulatório especializado hospitalar	60
Tabela 13 - Correlação entre número de dias esperados e variáveis nominais (Eta), nos diferentes níveis de atenção à saúde. Atenção básica, ambulatório especializado não hospitalar e ambulatório especializado hospitalar	61
Tabela 14 - Correlações para os atendimentos de primeira consulta (Eta) nos diferentes níveis de atenção à saúde, atenção básica, ambulatório especializado não hospitalar e hospitalar	61
Tabela 15 - Correlações para os atendimentos de retorno (Eta) nos diferentes níveis de atenção à saúde, atenção básica, ambulatório especializado não hospitalar e hospitalar ...	62

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Forma de agendamento para primeira consulta e retorno na rede assistencial (RA) e nos diferentes níveis de atenção à saúde: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e hospitalar (AH). (n=335)..... 52
- Figura 2 - Adequação do dia e hora das primeiras consultas e retornos na rede assistencial (RA) e nos três níveis de atenção à saúde: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e ambulatório especializado hospitalar (AH). (n=340)..... 53
- Figura 3 - Tempo de espera entre o agendamento e a realização da primeira consulta e do retorno na rede assistencial (RA) e nos três níveis de atenção à saúde: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e ambulatório especializado hospitalar (AH). (n=276)..... 54
- Figura 4 - Profissional ou recurso acionado frente a problemas no agendamento da rede assistencial (RA) e nos três níveis de atenção à saúde: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e hospitalar (AH) (n= 151) 54
- Figura 5 - 1. Conceito para recomendação do serviço (n=304), 2. Avaliação da limpeza (n=302), 3. Avaliação do acesso geográfico (n=294), e 4. Avaliação do acesso ao telefone (n=308), pelos respondentes de primeira consulta e retornos na rede assistencial (RA) e nos três níveis de atenção à saúde: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e hospitalar (AH). MB (muito bom), Bom, Neutro, Ruim e MR (muito ruim). 55
- Figura 6 - Avaliação das experiências com os profissionais visitados pelos respondentes dos retornos na rede assistencial (RA) e nos diferentes níveis de atenção à saúde: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e hospitalar (AH), com as respectivas questões de 1 a 6. 1. Fama profissional (n=186), 2. Tempo para explicar queixa (n=184), 3. Entendeu explicação (n=187), 4. Entendeu medicamento (n=186), 5. Entendeu tratamento (n=188) e 6. Nota (n=187). MB (muito bom), bom, neutro, ruim e MR (muito ruim)..... 56
- Figura 7 - Distribuição, em percentual, para outro atendimento acionado pelos usuários que faltaram às primeiras consultas e aos retornos na rede assistencial (RA) e nos diferentes níveis de atenção: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e hospitalar (AH). (n=104) 57
- Figura 8 - Meios de transporte empregados pelos respondentes que faltaram aos retornos na rede assistencial (RA) e nos diferentes níveis de atenção à saúde avaliados: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e ambulatório especializado hospitalar (AH) (n=176) 58

Figura 9 - Motivos referidos para justificar o absenteísmo às primeiras consultas (PC) e aos retornos (RT) agendados na rede assistencial (RA) e nos seus diferentes níveis: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e ambulatórios especializados hospitalares (AH), reunidos em fatores relacionados aos sujeitos, ao serviço de saúde e aos problemas sociais 59

Figura 10 - Frequência de respostas das questões sobre a experiência e sugestões dos usuários, na rede assistencial (RA), na atenção básica (AB), no ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e nos ambulatórios especializados hospitalares (AH), reunidos nas categorias: ampliação do acesso, organização dos serviços, acolhimento e comunicação 63

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ANH	Ambulatório Especializado Não Hospitalar
AH	Ambulatório Especializado Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CR	Complexo Regulador
EBCT	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAS	Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	Primeiro Consulta
PCH	Primeira Consulta nos Ambulatórios Especializados não Hospitalar e Hospitalar
PCU	Primeira Consulta nas Unidades
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RT	Retornos
SADT	Serviços de Apoio em Diagnose e Terapia
SAMU	Atendimento Móvel de Urgência
SAMDU	Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência

SUCAM	Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
USF	Núcleos de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	18
2 – REVISÃO DA LITERATURA	25
2.1 – A evolução do conceito de saúde no Brasil	25
2.2 – A criação do Sistema Único de Saúde.....	28
2.3 – Desempenho e acesso ao Sistema Único de Saúde	32
3 – OBJETIVO	35
3.1 – Objetivo Geral.....	35
4 – MATERIAL E MÉTODO	37
4.1 – População.....	37
4.2 – Casuística	38
4.3 – Instrumentos do estudo.....	41
4.4 – Validade de face (Aparência) e Validade de conteúdo.....	42
4.5 – Coleta de dados	43
4.6 – Validade externa.....	45
4.7 – Análise dos dados.....	46
4.8 – Aspectos éticos.....	46
5 - RESULTADOS	48
5.1 – Absenteísmo, taxa de respostas e caracterização da amostra	48
5.6 – Aspectos do agendamento e motivos alegados para o absenteísmo.....	52
5.7 – Correlações	60
5.8 – Considerações acerca das correlações	62
5.9 – Experiências e sugestões dos usuários: Análise quali-quantitativa	62
6 - DISCUSSÃO	67
7 – CONCLUSÃO	78
8 – REFERÊNCIAS	80
9 – APÊNDICE	88
10 – ANEXO	108

INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

As restrições ao acesso e à acessibilidade aos diferentes níveis de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e, paradoxalmente, as taxas elevadas de absenteísmo dos pacientes aos atendimentos programados nos serviços de saúde são observações frequentes dos profissionais de saúde, na análise da adesão dos usuários aos planos de prevenção de doenças, bem como na abordagem das doenças, sobretudo as crônicas e degenerativas.

O absenteísmo aos atendimentos e aos procedimentos programados reforça o consenso crescente entre estudiosos, gestores e governos acerca da necessidade de otimização de recursos destinados aos sistemas públicos de saúde, frente ao aumento de demanda assistencial e ao progressivo aumento das despesas. Dessa forma, é pertinente identificar fatores organizacionais da rede de saúde, fatores subjetivos relacionados ao usuário, bem como aspectos culturais e sociais que possam estar associados à falta ou ao absenteísmo dos usuários aos atendimentos programados nos serviços de saúde.

A taxa de absenteísmo foi de 54,3% do total de cirurgias suspensas, previamente agendadas em hospital de média complexidade do SUS, onde 53,3% dos motivos alegados foram associados a problemas com o serviço de saúde (PASCHOAL, GATTO, 2006). No seguimento de pacientes portadores de doença crônico-degenerativa (diabetes e hipertensão) em uma unidade básica de saúde, a taxa média de absenteísmo aos retornos foi de 15,4% (SALA et al., 1993; SALA et al., 1996).

No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), a taxa mensal de absenteísmo de pacientes, em seguimento, às consultas agendadas, entre os meses de fevereiro de 2009 a janeiro de 2010, variou de 15,9 a 18,7%, com média nos doze meses de 16,7%. No ano de 2009, as taxas de absenteísmo ao primeiro atendimento de consultas previamente agendadas, pelo serviço de regulação da Divisão Regional de Saúde XIII, no HCFMRP-USP, variaram de 14,5 a 18,4% (mês de janeiro), com média anual de 16,2%, segundo dados da Comissão Permanente de Acompanhamento do Contrato com o SUS. Já nos serviços da atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, a taxa de absenteísmo atingiu 33,0% de todas as consultas agendadas (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Além do desperdício dos recursos públicos, a ausência dos usuários às ações programadas de saúde pode justificar, em Ribeirão Preto, o baixo número de atendimentos na

atenção básica em relação ao potencial instalado e, por outro lado, a aglomeração de pacientes nos serviços de urgência, além de considerável sobrecarga na demanda para o atendimento especializado (SANTOS et al., 2008; SANTOS, 2012).

A proporção de consultas médicas recomendadas para uma determinada população é de 62,7% na atenção básica, 22,3% no atendimento especializado e 15,0% nos serviços de urgência (BRASIL, 2002). No município de Ribeirão Preto, a produção de consultas, no ano de 2009, nos diferentes serviços da rede assistencial de saúde, foi de 38,7% na atenção básica, 14,5% na atenção especializada e 46,7% nos serviços de urgência (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

A adesão dos usuários ao tratamento sugerido, após visita ao atendimento de urgência, é muito baixa, variando de 26,0% a no máximo 54,0% (WOZTOWICZ et al. 2008). Dentre os usuários que procuram os serviços de urgência, 55,0% poderiam ser atendidos em ambulatórios. Desse universo, 36,0% não prosseguem no acompanhamento ambulatorial do problema de saúde que motivou a procura ao serviço de urgência (LOVALHO, 2004), o que pode justificar o absenteísmo às ações assistenciais programadas e agendadas, sobretudo na atenção básica.

O absenteísmo dos usuários nas consultas e nos procedimentos agendados pode, dentre outros fatores, explicar a baixa produtividade do corpo clínico da atenção básica da rede municipal de Ribeirão Preto. Em 2004, na Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, havia 293 médicos lotados na atenção básica, com capacidade para produzir 928.224 consultas e cobrir 91,0% das necessidades da população; no entanto, esses profissionais produziram apenas 586.528 consultas, o que representa apenas 57,0% da sua capacidade de produção (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

O absenteísmo às ações em saúde afeta todo o sistema de saúde e, habitualmente, como outros fenômenos, é ignorado pelos agentes envolvidos no processo (GRAÇA, 2003). O acesso ao serviço de saúde ofertado e não utilizado pela população contribui para a redução da eficiência de todo o sistema, no qual a ausência dos usuários é variável relevante a ser considerada em projeto de reorganização do modelo de assistência e do dimensionamento dos recursos humanos. A falta dos usuários às consultas agendadas é um dos maiores problemas para todos os ambulatórios de saúde, pois os horários vagos em decorrência de faltas raramente são utilizados para o atendimento de outros usuários (WONG et al., 2009; HENDERSON, 2008).

O conhecimento, a conscientização e a participação dos trabalhadores e usuários na garantia da saúde individual e coletiva contribuem para a efetivação do Sistema Único de

Saúde (SUS) e, nessa perspectiva, a avaliação das ações dos trabalhadores e usuários na relação com o sistema de saúde pode oferecer informações relevantes para os gestores. A lei que garante a saúde como um direito de todos não exclui os deveres dos trabalhadores e dos usuários com o serviço (ARGOUD, 2003; GATTINO, 2003; BORSOI, 2003; CELLA, 2003). Assim, o alto índice de absenteísmo, principalmente na atenção básica, é um dos importantes vetores de desorganização do sistema e precisa ser enfrentado, principalmente com a conscientização dos usuários e minimização dos fatores que o determinam.

A oferta de serviços de saúde nos sistemas públicos é feita por meio de redes assistenciais organizadas por bases territoriais, com áreas e populações definidas, para a garantia do atendimento próximo à residência. O sistema de saúde inglês, já no início do século passado, estruturava-se em territórios, com população adscrita, para ampliar o acesso e diminuir as desigualdades. O *National Health Service (NHS)* acabou por servir de modelo para o Canadá, Espanha, Itália, entre outros, com as adaptações às especificidades e à realidade de cada país que também criou os seus sistemas nacionais de saúde (KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

No Brasil, os gestores vêm atuando para a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), mediante diretrizes de organização definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Os pontos de interface das redes de atenção à saúde (RAS) com a população são a atenção básica (MENDES, 2012; STARFIELD, 2004; KUSCHNIR, CHORNY, 2010) e os Complexos Reguladores da Assistência (BRASIL, 2008; FERREIRA et al., 2010; SANTOS, 2012) que, quando bem estruturados, tornam as RASs efetivas, eficientes e de qualidade.

Há, no Brasil, um esforço para qualificar a atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que traz a perspectiva de mudanças no modelo de atenção à saúde através da promoção da saúde e seguimento dos pacientes na tentativa de estabelecer vínculos com os usuários e assim diminuir a demanda às unidades de saúde mais tradicionais. Todavia, as ações assistenciais ainda seguem fragmentadas e com grandes barreiras de acesso, dificultando os princípios da equidade e integralidade. O subfinanciamento do sistema, a formação de mão de obra direcionada para a cura das doenças, a gestão local incipiente e desarticulada, o foco em condições agudas, em serviços de pronto-atendimento, são fatores que limitam a transformação do modelo de atenção à saúde. Neste sistema fragmentado, a

atenção básica não exercita o papel de coordenação do cuidado, estando este em outros serviços (O'DWYER, 2010; MENDES, 2010).

Há, ainda, três interpretações da atenção básica (AB) vigentes: (1) a seletiva, com um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo a uma determinada população; (2) como nível primário do sistema de atenção à saúde, frequente em países desenvolvidos, que é centrada na função do médico de família e funciona como porta de entrada resolutive para os problemas mais prevalentes; e (3) como estratégia de organização do sistema, como parte da RAS e coordenadora da mesma (MENDES, 2010). Todavia, independente do tipo de atenção básica estabelecida, a população ainda não foi suficientemente educada para utilizar os serviços de saúde e, frente à maioria dos problemas de saúde, busca de forma espontânea a rede de atenção às urgências, e a aglomeração é uma característica desses serviços.

Vários relatos já confirmaram a preferência dos usuários pelos serviços de pronto-atendimento, seja pelos aspectos culturais, seja pelos técnicos, tendo em vista que podem chegar ao serviço na hora em que bem entendem, pois serão atendidos, dependendo do dia da semana e horário, com maior ou menor rapidez. Nos serviços de urgência, as possibilidades de realização de exames complementares para o diagnóstico são possíveis de serem feitos ali mesmo e, quando há necessidade de medicação para o tratamento, o procedimento também está ao alcance (CARRET et al., 2009; OLIVEIRA, et al., 2009; TSAI et al., 2010; CUNNINGHAM, 2011).

De acordo com os princípios organizativos do SUS, a atenção básica é o componente da rede assistencial com a atribuição de acolher e resolver a maioria dos problemas de saúde da população e, ainda, quando necessário, coordenar o acesso dos usuários aos outros níveis de atenção, por meio do Complexo Regulador (CR) da assistência. O CR, previsto na Política Nacional de Regulação do SUS, na sua função assistencial, avalia as necessidades do usuário e, por meio dos recursos de comunicação, ordena o acesso, especialmente a partir da atenção básica, aos diferentes pontos da rede assistencial, tais como ambulatórios especializados e hospitais (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2008; SANTOS, 2012).

O CR é uma unidade de trabalho com a atribuição de mapear a oferta de serviços assistenciais da rede de saúde e estruturar de forma integrada as centrais de urgência, de leitos, de exames de média e elevada complexidade, de consultas, de atenção farmacêutica, de vigilância sanitária e epidemiológica, de recursos móveis de atendimento e remoção, de auditoria e avaliação (FERREIRA et al., 2010; SANTOS, 2012).

Os problemas de saúde da população que não são passíveis de resolução na atenção básica e que não se caracterizam como urgência devem ser encaminhados, por meio

de guias de referência, ao CR. As diferentes centrais que compõem o CR e, em particular, a de Urgência, também podem ser acionadas pelas equipes de saúde ou pelo usuário por meio de telefone, internet ou fax. A regulação da assistência é um trabalho que associa conhecimento técnico e de gestão para apontar a melhor resposta que o sistema de saúde pode oferecer frente à necessidade de saúde apresentada (SANTOS et al., 2003; FERREIRA et al., 2010; SANTOS, 2012).

A lógica que deve orientar o acesso aos serviços se sustenta no conceito da atenção básica como porta de entrada para as necessidades eletivas e como coordenadora dos encaminhamentos para outras instâncias da rede assistencial. A solicitação de avaliação especializada precisa estar fundamentada para ser encaminhada ao CR. Os atendimentos de urgência de menor complexidade podem ser feitos na atenção básica, sobretudo as agudizações de doenças crônicas já em acompanhamento. O atendimento dos casos mais graves deve ser iniciado em qualquer ponto da rede assistencial e, na sequência, regulados para os hospitais pela Central de Regulação Médica de Urgência - telefone 192, do CR (SANTOS et al., 2003; FERREIRA et al., 2010; SANTOS, 2012).

Em que pese todo esse conjunto de políticas que reforçam os princípios doutrinários e organizativos do SUS, a avaliação de desempenho dos serviços oferecidos pelo SUS conduzida pelo Ministério da Saúde com pontuação que vai de 0 a 10 e estudou dados sobre atenção básica, ambulatorial, hospitalar e de urgência repassados pelos municípios, entre 2008 e 2010, revelou que, nos municípios, somente 1,9% da população brasileira vive nos 347 municípios cujos serviços públicos de saúde têm notas acima de sete (7). A média nacional resultante do índice é 5,4 e ao gerar a nota, o Ministério da Saúde levou em conta o acesso aos serviços do SUS e se esses serviços são prestados em sua totalidade (NALON, 2012).

A cidade de Ribeirão Preto ficou entre os dez municípios de melhor desempenho e, na sua categoria, ficou em primeiro lugar no Estado de São Paulo (NALON, 2012). Por outro lado, essa pesquisa do Ministério da Saúde não traduz a percepção que a população tem da acessibilidade aos serviços de saúde no nosso meio, onde os problemas de acesso à atenção básica e as queixas relativas à demora para realização de consultas, exames e procedimentos são frequentes e recorrentes (SANTOS et al., 2008; LUCERA, 2011; CNJ, 2011) e, tampouco, esclarece as taxas de absenteísmo já referidas nos serviços de atenção básica e hospitalar.

Portanto, é possível inferir que a falta dos usuários às consultas e aos procedimentos agendados pode ter determinantes que antecedem o início efetivo do

atendimento. As expectativas do usuário com o histórico de tratamentos obtidos e a relação da demanda e oferta pela unidade são algumas possibilidades. Dentre outros fatores, sem pesquisa sistemática, o acolhimento inadequado nas unidades, a baixa resolutividade dos serviços de atenção básica, as falhas de comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários, a falta de tempo do usuário para comparecer ao serviço, o esquecimento do agendamento; o tempo entre o agendamento e a efetiva consulta ou procedimento, a falta de confiança no médico, o desaparecimento da sintomatologia, a idade do usuário, a residência do usuário distante da unidade de saúde são apontados como determinantes a serem mapeados.

Há contribuições obtidas em outros contextos assistenciais, desmistificando a ideia de que os usuários que mais faltam às consultas e aos procedimentos são os que vivem geograficamente mais distantes da unidade de saúde (SMITH, YAWN, 1994) e reforçando a boa comunicação e o bom relacionamento pessoal entre usuário e médico como efeito muito positivo no comparecimento à consulta agendada (BARRON, 1980). Ainda, a confiança no médico aumenta a adesão dos usuários às consultas agendadas em até 65,0% (NGUYEN et al., 2009).

Assim, o objetivo deste estudo foi identificar os determinantes das ausências de usuários às consultas e aos retornos agendados nos serviços públicos de saúde, nos diferentes níveis de atenção, para a oferta de subsídios para o planejamento das atividades assistenciais e a adoção de novas estratégias para aperfeiçoar a relação da população com o sistema de saúde.

REVISÃO DA LITERATURA

2 – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 – A evolução do conceito de saúde no Brasil

No Brasil, a saúde pública não era parte do projeto colonial português. Não obstante, durante o século XVIII havia algumas iniciativas estatais de combate à lepra e à peste, além de haver algum controle sanitário nos portos, ruas, casas e praias. O interesse do Estado com a saúde somente ocorreu no século XIX, quando foi estabelecida a relação entre a necessidade de aumento de produção, defesa da terra e a saúde da população (MACHADO et al., 1978; NUNES, 2000).

No período da República Velha (1870 a 1930), a saúde pública no Brasil ganha contornos mais nítidos, com o fim do paradigma escravagista e a delimitação do Estado nacional brasileiro. O aumento dos contingentes urbanos, da classe média, as imigrações para substituir a mão de obra escrava e os movimentos operários contribuem para maior exigência da população com a saúde pública (NUNES, 2000).

Nessa época, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e a Escola Baiana de Medicina aplicaram seus conhecimentos na institucionalização da medicina social no Brasil. Os médicos da Escola Baiana, chamados “tropicalistas”, rejeitavam o determinismo racial e climatológico europeu de que a saúde dos habitantes dos trópicos estaria fadada a degenerar-se irreversivelmente. Ao invés disso, defendiam a ideia de que a maioria das doenças era universal, mas exacerbadas pela umidade e pelo calor característicos dos trópicos. Assim, associavam as doenças nos trópicos à pobreza, má nutrição, falta de saneamento e às más condições de vida dos escravos (FIOCRUZ, 2011).

A cooperação entre a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, a Escola Baiana e depois a Academia Nacional de Medicina, instituída em 1891, pelo Governo da República, proporcionou a defesa da ciência médica e a preocupação com a saúde pública. Suas ideias para a saúde pública priorizavam a atenção à população e defendiam a universalização da atenção médica (NUNES, 2000).

Em 1923, no Rio de Janeiro, surge a Sociedade Brasileira de Higiene e o sanitarismo protagonizado pelo médico e cientista Oswaldo Cruz e, assim, inicia-se no Brasil o chamado “campanhismo” com medidas de combate às epidemias e endemias, seguidas de

outros projetos que enfatizavam a tutela da sociedade, o autoritarismo e a exclusão da população na discussão da medicina que lhe era servida (NUNES, 2000).

Após a organização da saúde nos moldes científicos com base na bacteriologia e microbiologia e as ações voltadas para a imunização através de vacinas, o período de 1918-1924 marcou a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública e as Reformas Sanitárias de Carlos Chagas. Nesse período, ocorreu um processo de institucionalização e rotinização de medidas sanitárias com a criação de diversos aparelhos estatais de saúde pública.

A Constituição de 1891 determinou que os Estados fossem responsáveis pela saúde pública, em suas diversas áreas, o que levaria os Estados mais ricos a criar inúmeros órgãos sanitários (NUNES, 2000). O caráter social e educativo da medicina pública brasileira ficou explicitado nos anos de 1920, quando o projeto de saúde inclui ações da Educação Sanitária.

O Estado de São Paulo, por força das circunstâncias ligadas à cultura cafeeira, especificamente por influência da imigração europeia, multiplicou campanhas educativas nos Centros de Saúde e Pericultura e desenvolveu o conhecimento público sobre higiene e respostas coletivas e pessoais a ameaças à saúde, compreendendo o impacto da urbanização sobre as doenças (BERTOLLI FILHO, 1986).

Já nos anos 20 do século passado, houve o início do processo de industrialização no país, acompanhado de uma urbanização crescente e de uma demanda grande pela mão de obra, fornecida em grande parte por imigrantes europeus que estavam acostumados com o regime trabalhista de seus países de origem. Com o movimento operário, que reivindicava melhores condições de trabalho, garantias e direitos trabalhistas, no ano de 1924, foi aprovada a Lei Eloi Chaves, um marco inicial da previdência social no país (POLIGNANO, 2001).

A partir dessa lei, surgiram as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) que tinham por escopo a garantia, além da aposentadoria e pensão para os herdeiros, serviços médicos, tanto para o trabalhador quanto para seus dependentes, medicamentos com preços especiais e os serviços funerários (POLIGNANO, 2001). Em 1925, Paula Souza inicia o projeto chamado “médico-sanitário”, vinculado à Educação Sanitária realizada por meio dos Centros de Saúde. Assim, a Saúde Pública adquire um caráter totalmente social, através da promoção e proteção à saúde (NUNES, 2000).

A partir de 1930, no governo Vargas, ocorreu concretamente a institucionalização da saúde pública com a criação do Ministério da Educação e da Saúde (NEVES, 2009). Foram tomadas medidas higienistas, com ações sanitárias e a criação de órgãos de combate a endemias, mas a prioridade ainda era a educação (INDRIUNAS, 2009).

Em 1933, a política do Estado estendeu os benefícios trabalhistas para outras categorias, de forma que as antigas CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Entre os anos de 1933 e 1936, foram criados os IAPs por categorias: marítimos, comerciários, bancários, industriários e estivadores e transportadores de cargas. Este novo modelo passa a ser dirigido por entidades sindicais e não mais como acontecia com as antigas caixas que eram dirigidas por empresas (INDRIUNAS, 2009).

Nessa fase, a saúde pública estava voltada para a população com renda e que possuía carteira de trabalho; a população sem renda não tinha acesso à assistência à saúde, salvo em hospitais filantrópicos mantidos pela Igreja (NEVES, 2009).

Entre a década de 40 a 60, as discussões sobre saúde pública brasileira se permeiam na ideia de tornar a saúde mais abrangente (INDRIUNAS, 2009). Em 1953, ocorre a criação do Ministério da Saúde, a partir do desmembramento do Ministério da Educação que até então arcava com a responsabilidade pela saúde. Após três anos de sua criação, surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, com o objetivo de organizar os serviços de combate e investigação da doença de Chagas, peste, brucelose, malária, leishmaniose, febre amarela e outras existentes no país (SANTOS et al., 2008a).

Em 1960, com a Lei Orgânica da Previdência Social, há a unificação dos IAPs para todos os trabalhadores conforme a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Mas ainda assim alguns trabalhadores continuavam excluídos: os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e funcionários públicos (INDRIUNAS, 2009).

Em 1967, no governo militar, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reunindo o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU), seis Institutos de Aposentadorias e Pensões e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social (POLIGNANO, 2001).

Esse modelo ampliou a assistência médica para todos os trabalhadores com carteira de trabalho e promoveu, também, uma abertura às reivindicações sindicais da saúde, no sentido de universalizar a cobertura médica estatal, o que criou condições para fortalecimento do sistema de saúde privado (NEVES, 2009).

Por volta de 1974, houve uma remodelação e ampliação na rede privada de hospitais, por meio de empréstimos que vinham do Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social (FAS), criado pelos militares, e que acabou aumentando em cerca de 500,0% o número de leitos privados em hospitais. Nesse contexto de expansão da rede privada e de uma demanda crescente pelo serviço público, a saída do governo foi começar a remunerar a rede privada pelos serviços prestados à população. Em 1978, é criado o Instituto Nacional de

Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que ajudou a intermediar junto à iniciativa privada os repasses financeiros (INDRIUNAS, 2009).

No ano de 1978, aconteceu a Conferência Internacional de Alma Ata, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em que foi definida a Atenção Primária à Saúde (APS) como a estratégia para dar cobertura dos serviços de saúde a toda a população, além de incorporar como princípio fundamental a participação comunitária nestes assuntos relacionados à saúde (BRASIL, 2011). Ainda, durante a transição democrática, a sociedade passa a fazer uma maior fiscalização quanto à saúde pública. E logo após o fim do regime militar, são criados o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (INDRIUNAS, 2009).

2.2 – A criação do Sistema Único de Saúde

Até a Constituição de 1988, a saúde estava incluída dentro da Seguridade Social que abrangia a Previdência e Assistência Social. A ideia de um sistema unificado em nível nacional foi concretizada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que possibilitou a criação de um convênio nacional entre o INAMPS e os governos estaduais. Esta foi a primeira vez que uma Conferência Nacional foi aberta à participação popular. Com tais convênios foram criados os mecanismos que permitiram a criação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS).

A saúde pública possui dois modelos: de acesso universal que abrange a assistência para todo e qualquer cidadão, onde o sistema privado fica somente com assistência suplementar e modelo segmentado que atinge uma parte específica da sociedade; os sistemas privado e público funcionam juntos, um complementando o outro (MONTEIRO, INDRIUNAS, 2009). No Brasil, bem como na maioria dos países, o modelo adotado é o universal. A assistência abrange todo e qualquer procedimento que exista na Rede de Saúde Pública para todo e qualquer cidadão (MONTEIRO, INDRIUNAS, 2009). Mais modernamente, há compreensão de que o sistema universal significa o acesso a todos os bens e serviços de que o usuário necessite para o seu tratamento, incluindo também aqueles que não estão disponíveis na Rede Pública (SILVEIRA, 2009).

A consolidação definitiva de um sistema único e nacional de saúde só se materializou com a Constituição de 1988 que, rompendo com os modelos anteriores, dedicou

um capítulo específico para a Saúde no artigo 196. Posteriormente, a organicidade do Sistema Único de Saúde (SUS) veio com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990) que estabeleceu as normas e diretrizes para o funcionamento do sistema. Outro importante avanço no SUS foi a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que garantiu a participação popular na gestão dos serviços de saúde através dos Conselhos de Saúde (BRASIL 1990a; BRASIL 1990b; WEBER, 2007).

Nesse quadro, com a população sendo ouvida, o sistema privado de saúde, que foi tão beneficiado na gestão anterior, é obrigado a achar alternativas para sua política. Então, começam a ser criados e fortalecidos os convênios médicos. A assistência médica suplementar é oferecida em cinco modalidades: cooperativas médicas, autogestão, medicina de grupo, seguro-saúde e plano de administração (INDRIUNAS, 2009). O crescimento dos planos acontece rapidamente, principalmente através da demanda apresentada pela classe média. Em 1989, uma média de 22,0% da população brasileira já havia aderido a algum convênio de saúde, como resposta aos problemas enfrentados com a saúde pública (INDRIUNAS, 2009).

O Sistema Único de Saúde brasileiro foi criado com o propósito de promover, proteger e recuperar a saúde da população. Nos termos do artigo 196 “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” (BRASIL, 1988).

Cabe ao SUS, não somente a assistência médica, mas também a produção de remédios, a fiscalização dos medicamentos, o combate às epidemias, as contribuições em questões de saneamento básico, a fiscalização de alimentos e bebidas, o apoio a pesquisas científicas, entre outros (MONTEIRO, INDRIUNAS, 2009).

As disposições da Constituição e das leis brasileiras determinam que cabe à União ser o principal financiador da saúde pública no país, historicamente arcando com metade das despesas na área. A outra metade fica por conta dos Estados e municípios. A União formula as políticas nacionais, mas a implementação dessas políticas cabe aos Estados, municípios, Organizações não Governamentais (ONGs) e mesmo à iniciativa privada (BRASIL, 2006).

Com o Pacto pela Saúde, o município passou a ser o principal responsável pela saúde pública de sua população, assumindo a gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território. Quando não possui todos os serviços de saúde, o município busca complementá-los nas demais cidades de sua região. Essa negociação também é feita com o gestor estadual (igualmente responsável pela implementação de políticas nacionais e pela organização do atendimento à saúde em seu território) (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde de 2006 determinou também que os Estados e municípios recebam os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento: 1 – Atenção Básica; 2 – Atenção de Média e Alta Complexidade; 3 – Vigilância em Saúde; 4 – Assistência Farmacêutica; e 5 – Gestão do SUS. Em 2009, criou-se o bloco de número 6 – Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (BRASIL, 2011) que permitem a criação das UPAs – Unidades de Pronto-Atendimento.

No que se refere à atenção tradicional, a atenção básica é a “porta de entrada” do sistema de saúde, mas não deve ser vista apenas como um espaço de realização de diagnóstico ou triagem e encaminhamento, pois conta com alguns serviços especializados, como pediatria, obstetrícia e ginecologia, além da enfermagem, odontologia e o serviço dos agentes comunitários, o que dá a dimensão da complexidade das ações desenvolvidas nestas unidades (CUNHA, 2005). Estudos demonstram que a atenção básica é capaz de resolver cerca de 80,0% das necessidades e problemas de saúde (BRASIL, 2011).

O SUS é regido por princípios e diretrizes constitucionais: (1) Universalidade - que garante acesso às ações e aos serviços de saúde para promoção e recuperação de todos os cidadãos brasileiros; (2) Integralidade - que prega a completude do atendimento oferecido para prover as necessidades de saúde das pessoas; (3) Equidade - dá a garantia de assistência em saúde para todos, numa lógica de favorecer aqueles que necessitam de mais atenção, sem distinguir sexo, raça, etnia, religião, idade ou situação de emprego; (4) Gratuidade - com garantia de atendimento e serviços de saúde gratuitos; (5) Descentralização - se refere a compartilhamento da responsabilidade pelo atendimento e serviços entre as três esferas do governo: federal, estadual e municipal; e (6) Controle Social - instaurado através de conferências e conselhos que garantem a participação social nos processos decisórios (FEUERWERKER, 2005; PAIM, TEIXEIRA, 2007).

Esses princípios, e, particularmente, o princípio da descentralização, orientam a estratégia de municipalização e regionalização como forma de gestão, definida no pacto pela saúde, em 2006 (WEBER, 2007). O processo de descentralização fortalece a capacidade gestora dos Estados e municípios e amplia a rede de serviços oferecidos pelo SUS, com a sistematização e operacionalização previstas na Política Nacional de Regulação, dentre outras (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Regulação foi elaborada mediante parceria entre CONASS e o CONASEMS e tem como objetivo organizar e implementar ações que incidam sobre os prestadores de serviço na área da saúde, tanto público quanto privado, para a melhoria ao acesso, à qualidade, à integralidade, à resolutividade e à humanização das ações e,

consequentemente, à eficiência do serviço (BRASIL, 2006a). A regulação do sistema proporciona aos gestores mecanismos que permitem ordenar as ações e os serviços de saúde, com estabelecimento de contratos entre gestores e prestadores, reorganização da avaliação da atenção à saúde e o controle assistencial, através da ordenação do acesso por meio dos complexos reguladores (BRASIL, 2006a).

Nesse contexto, foi fortalecida a estruturação dos sistemas de saúde, como a definição e pactuação, através da Programação Pactuada e Integrada (PPI) que garante o financiamento das ações intraestaduais, intramunicipais e ou interestaduais e a regulação deste fluxo que propicia a adequação da demanda com a capacidade física dos prestadores de saúde. Esta regulação ocorre através dos Complexos Reguladores. O Complexo Regulador Assistencial institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo (BRASIL, 2006a).

O Complexo Regulador é formado por estruturas regionais chamadas Centrais de Regulação que são encarregadas de receber, processar e agendar o atendimento no nível regional, mapeando a oferta assistencial de toda a rede de atenção à saúde e compatibilizando a necessidade da população com o serviço. Há quatro Centrais de Regulação em cada região: de Urgência, de Internações, de Consultas e Exames, e de Alta Complexidade. A *Central de Regulação de Urgência* disciplina o atendimento pré-hospitalar de necessidade imediata, realizado pelo Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A *Central de Regulação de Internações* controla os leitos hospitalares próprios, contratados, ou conveniados vinculados ao SUS. A *Central de Regulação de Consultas e Exames* cuida do acesso a atendimento especializado aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT) e a procedimentos ambulatoriais especializados ou não. Finalmente, a *Central de Regulação de Alta Complexidade* tem alcance nacional e destina-se a qualificar e direcionar usuários fora de seu Estado de origem para tratamentos de alta complexidade nas áreas de cardiologia, oncologia, neurocirurgia, epilepsia e traumatologia/ortopedia (BRASIL, 2006a).

A partir do primeiro atendimento numa das unidades de saúde do SUS da atenção básica (saúde da família, unidade básica tradicional) ou unidade de pronto-atendimento, o cidadão, quando necessário, será encaminhado para os outros serviços, o Ambulatório Especializado Não Hospitalar ou Ambulatórios Especializados Hospitalares, de média e

elevada complexidade, através da Central de Regulação. Esses serviços poderão ser obtidos na própria cidade, em cidades da região, ou mesmo em outros Estados, mediante pactuação.

Cada município, em sua rede municipal de saúde, tem determinado número de Unidades Básicas Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Especializadas, com base no tamanho da população atendida (BRASIL, 2011).

Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para no máximo 18 mil habitantes, localizada dentro do território. Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para no máximo 12 mil habitantes, localizada dentro do território, [Cada UBS disponibiliza] equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários da Saúde, dentre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população. (BRASIL, 2011)

Um dos maiores impasses do SUS reside no acesso a procedimentos médicos de baixa e moderada complexidade, exames complementares e consultas especializadas, entre outros fatores (COELHO, 2007).

2.3 – Desempenho e acesso ao Sistema Único de Saúde

A identificação de risco, necessidades e vulnerabilidades à saúde é uma ação caracterizada pela interação sistemática entre usuários e profissionais da saúde mediante escuta, coleta de dados físicos e, eventualmente, exames complementares. Essa ação denominada acolhimento tem, portanto, a atribuição de identificar problemas de saúde nos diferentes serviços que compõem a rede assistencial ou nos locais de atuação da saúde, como domicílios e logradouros públicos e, assim, garantir o melhor acesso e a melhor resposta ao problema identificado (SILVA et al., 2012).

Eventualmente, profissionais e usuários do sistema de saúde precisam recorrer a outros equipamentos sociais (assistência social, Defensoria Pública, Ministério Público, Judiciário, entre outros) com a finalidade de assegurar acesso e resolubilidade às necessidades de saúde identificadas ou para viabilizar o exercício do direito à assistência (SILVEIRA, 2009).

As ações do acolhimento devem estimular o usuário a participar da identificação de suas necessidades, durante a prestação de serviço, como forma de preservar a sua

autonomia em relação ao cuidado de sua saúde. A promoção da escuta e da investigação, associada à oferta de ações no próprio serviço de saúde, na rede assistencial ou na sociedade, mediante ações intersetoriais, deve assegurar a continuidade da assistência, suprir ou minimizar as necessidades apresentadas (SILVA et al., 2012).

As iniciativas para ordenar o acesso ao sistema de saúde, a partir da atenção básica e/ou dos serviços de urgência não hospitalares (Unidades de Pronto-Atendimento), têm induzido, nesses locais, à organização de ambientes com maior especificidade para a prática do acolhimento com avaliação de risco, necessidades e vulnerabilidades. Os problemas de saúde não resolvidos no âmbito dos serviços da atenção básica e da urgência não hospitalar podem ser acolhidos pelas Centrais de Regulação que constituem o Complexo Regulador (CR) da assistência por meio do telefone 192 (urgência) e de guias de referência e contrarreferência (SANTOS, 2012).

A expectativa é que, num futuro não muito distante, as pessoas possam, por meio de telefone, fax ou internet, apresentar o seu problema de saúde a um profissional do CR e o cotejamento da necessidade identificada com a melhor oferta assistencial possa subsidiar o agendamento de consultas, exames, procedimentos ou até viabilizar uma internação sem que as pessoas tenham de procurar aleatoriamente os serviços de saúde. Esse ordenamento para o acesso e resposta reduziria conflitos entre a população e os serviços de saúde e tornaria o trabalho e a atenção à saúde mais eficientes e humanizados (SANTOS, 2012).

OBJETIVO

3 – OBJETIVO

3.1 – Objetivo Geral

O objetivo deste estudo foi identificar os motivos pelos quais os usuários do sistema público de saúde faltam às primeiras consultas e aos retornos agendados, em diferentes níveis de atenção à saúde.

MATERIAL E MÉTODO

4 – MATERIAL E MÉTODO

4.1 – População

Trata-se de estudo descritivo-exploratório com a amostra de um extrato da população formada pelos usuários do sistema público de saúde, da cidade de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo, que faltaram em atendimento de primeira consulta ou retornos agendados em sete locais de atendimento à saúde de diferentes níveis de atenção: cinco Unidades de Saúde do Distrito Oeste, vinculadas à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, mediante convênio estabelecido com a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto/SP e dois ambulatórios de gastroenterologia cirúrgica, dos Hospitais Estadual e das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, vinculados administrativamente à Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo.

Os locais de atendimento à saúde foram categorizados como: (1) unidades de atendimento básico: (a) Unidade de Saúde da Família Eugênio Mendes Lopes, (b) Unidade de Saúde da Família Jardim Maria Casagrande Lopes e (c) Unidade de Saúde da Família Portal do Alto; (2) unidade básica tradicional: (a) Unidade Básica de Saúde José Sampaio; (3) ambulatório especializado não hospitalar: Unidade Distrital de Saúde Sumarezinho; (4) ambulatório hospitalar de média complexidade: Ambulatório de Gastroenterologia do Hospital Estadual de Ribeirão Preto; e (5) ambulatório especializado hospitalar de elevada complexidade: Ambulatório de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da USP de Ribeirão Preto. A Tabela 1 discrimina as unidades e suas categorias.

Tabela 1 - Locais de atendimentos estudados e suas categorias

Tipo de Local	Nome	Categoria SUS
Atenção Básica-Estratégia Saúde da Família	Unidade de Saúde da Família Eugenio Mendes Lopes	Atenção Básica
	Unidade de Saúde da Família Jardim Maria Casagrande Lopes	Atenção Básica
	Unidade de Saúde da Família Portal do Alto	Atenção Básica
Atenção Básica- Tradicional	Unidade Básica de Saúde José Sampaio	Atenção Básica
Ambulatório especializado não hospitalar	Unidade Distrital de Saúde Sumarezinho	Atenção Especializada
Ambulatório hospitalar de média complexidade	Unidade Ambulatorial de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital Estadual de Ribeirão Preto	Atenção Especializada de média complexidade
Ambulatório hospitalar de elevada complexidade	Unidade Ambulatorial de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo	Atenção Especializada de elevada complexidade

Os usuários estudados foram categorizados pelo tipo de consulta: usuário com primeira consulta e com retorno e também pelo nível de atendimento procurado. As primeiras consultas, habitualmente, são agendadas pessoalmente nas unidades básicas tradicionais e de saúde da família, sem prévia avaliação sistematizada de necessidades. As consultas especializadas, habitualmente, são agendadas pela central de agendamento, após avaliação de necessidade. As consultas de retorno são agendadas pelos respectivos serviços.

4.2 – Casuística

A população-alvo deste estudo é de usuários que faltaram às primeiras consultas e aos retornos agendados nas diferentes unidades descritas, durante o período de outubro a novembro de 2010 (Tabela 2).

Tabela 2 - Total de pacientes com primeiras consultas e retornos agendados e os respectivos faltosos para cada unidade de saúde selecionada, no período de outubro a novembro de 2010.

Unidade	Número Total de Agendamentos	Número total de Faltosos	%
USF Portal do Alto	214	51	23,8
USF Eugenio M. Lopes	886	285	32,2
Unidade Básica de Saúde José Sampaio	3.659	941	25,7
USF Jardim Maria Casagrande Lopes	2.575	1.099	42,7
Unidade Distrital Sumarezinho	11.014	3.721	33,8
Ambulatório de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital Estadual de Ribeirão Preto	490	112	22,8
Ambulatório de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital das Clínicas da USP Ribeirão Preto	908	154	17,0
TOTAL	19.746	6.363	32,2

O enquadramento para amostragem (verificação de casos viáveis para estudo) foi realizado eliminando: (a) usuários repetidos; (b) casos em que a qualificação Primeira Consulta ou Retorno não estava claro no Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Saúde (HYGIA); (c) usuários sem endereço ou com duplo endereço; (d) usuários sem telefone; (d) usuários menores de 18 anos; usuários maiores de 70; (f) usuários que morreram.

As amostragens das unidades USF Portal do Alto e USF Eugênio M. Lopes foram calculadas individualmente, em função dos números menores de faltosos. A amostragem das unidades UBS José Sampaio, USF Maria Casa Grande, e UD Sumarezinho, com número maior de faltosos, foi calculada conjuntamente. O número de faltosos foi somado, e calculado o número de casos necessários para amostragem, segundo tabela de Krejcie e Morgan (1970). A tabela para determinação de tamanho de amostra de Krejcie e Morgan (1970) utiliza um nível de confiança de 95,0% (usual para pesquisas em ciências sociais), intervalo de confiança (Grau de Precisão) de 5,0% e proporção de variância da população de 50,0%.

A seguir, foram examinadas as incidências de primeiras consultas e retornos para cada uma dessas unidades. Caso a amostra obtida fosse inferior a 30, o número foi aumentado para corresponder ao cálculo de tabela para o número de faltosos viáveis daquela unidade. Em função desse procedimento, este estudo utilizou amostragens totais maiores do que as determinadas por Krajcie e Morgan (1970). A Tabela 3 abaixo demonstra o procedimento de amostragem.

Tabela 3 - Número total de usuários faltosos de cada extrato e amostra selecionados para estudo em cada unidade

Unidade	Número Total de Faltosos enquadrados para amostragem	Amostra Total	Primeira Consulta	Retornos
USF Portal do Alto	27	24* (censo)	7	17
USF Eugenio M. Lopes	177	123	45	78
Unidade Básica de Saúde José Sampaio	522	92	44	48
USF Jardim Maria Casagrande Lopes	582	106	48	58
Unidade Distrital Sumarezinho	2.764	338	178	160
Ambulatório de Gastroenterologia do Hospital Estadual de Ribeirão Preto	107	70	20 (censo)	50
Ambulatório de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital das Clínicas da USP Ribeirão Preto	137	81	22** (censo)	59
TOTAL	4.316	834	364	470

* Três usuários da USF Portal não tinham endereços válidos e precisaram ser eliminados do enquadramento.

**Dos 23 selecionados, um era caso repetido.

A relação de usuários faltosos, no período de outubro a novembro de 2010, as unidades de saúde em que eles estavam agendados, as datas de nascimento e a caracterização de primeira consulta e o retorno foram obtidos, preferencialmente, através do registro eletrônico do sistema HYGIA disponibilizado para este estudo pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, através do Departamento de Informática, Estatística, Controle e Auditoria. Frente às falhas de informação do sistema HYGIA sobre caracterização da primeira consulta/retorno, o levantamento dos dados foi realizado através da verificação dos procedimentos individuais no cadastro de cada usuário. Para esta relação, foram incluídos usuários de consultas e procedimentos, tais como, exames simples e pequenas cirurgias que são realizados na própria unidade, curativos e atendimento odontológico.

A relação de usuários faltosos no período, as datas de nascimento e a caracterização de primeira consulta e o retorno ao HCFMRP-USP e Hospital Estadual foram obtidos através do levantamento dos dados das agendas, no período predeterminado, que já tinham integradas, em seu sistema, todos os dados necessários para este estudo.

A escolha aleatória dos usuários para a amostragem foi realizada em três etapas, utilizando o programa *Microsoft Office Excel*: (1) primeiramente foram criados números aleatórios; (2) em seguida, os números aleatórios de uma tabela foram ordenados de forma

decrecente e escolhidos os usuários até obtenção do número adequado para a amostra (FRAENKEL, WALLEN, 1996).

4.3 – Instrumentos do estudo

Os dados deste estudo foram coletados através de três questionários desenvolvidos especificamente para as três populações-alvo (Grupos: 1 PCU - Primeira Consulta nas Unidades, 2 PCH - Primeira Consulta nos Ambulatórios Especializados não Hospitalar e Hospitalar, e 3 RT - Retornos). O questionário para o Grupo 1 PCU apresentou 17 questões (Apêndice 9); o questionário para o Grupo 2 PCH também apresentou 17 questões (Apêndice 10); e o questionário para o Grupo 3 R apresentou 26 questões (Apêndice 11). Os três questionários tinham 12 questões em comum (da questão 2 a 12, na Tabela 4).

Tabela 4 - Questões comuns aos três questionários em destaque

QUESTÕES	PCU	PCH	R
Q1. Como foi marcada sua consulta	X		X
Q1. Central agendamento informou seu horário		X	
Q2. Pessoa que marcou tentou ajeitar	X	X	X
Q3. Quantos dias esperou	X	X	X
Q4. Esperou para ser atendido	X	X	X
Q5. Por que faltou	X	X	X
Q6. Tem cartão	X	X	X
Q6a. Dia da consulta estava anotado no cartão	X	X	X
Q7. Procurou outro atendimento, qual	X	X	X
Q8. Por que procurou outro atendimento	X	X	X
Q9. Comunicação fácil	X	X	X
Q10. Acesso fácil	X	X	X
Q11. Limpeza	X	X	X
Q12. Recomendaria	X	X	X
Q13. Problemas: recorreu a quem			X
Q14. Sentar			X
Q15. Transporte ao local			X
Q16. Fama do profissional			X
Q17. Tempo para explicar			X
Q18. Profissional explicou bem			X
Q19. Entendeu instruções de medicação			X
Q20. Entendeu instruções de tratamento			X
Q21. Nota ao profissional			X

PCU: Primeira Consulta nas Unidades, PCH: Primeira Consulta nos Ambulatórios Especializados não Hospitalar e Hospitalar, R: Retorno.

4.4 – Validade de face (Aparência) e Validade de conteúdo

Os instrumentos foram testados para validade de face e de conteúdo por um Painel de Especialistas composto por profissionais graduados que trabalham na área da saúde, com as devidas modificações após devolutiva. A relação dos membros do Painel de Especialistas consta do Apêndice 12.

Um Teste de Campo foi conduzido para testar face e conteúdo dos instrumentos com uma amostragem de cinco indivíduos similares aos membros da população estudada. A relação desses indivíduos consta do Apêndice 13.

Um teste-piloto foi conduzido com 15 membros da população-alvo para medir consistência do instrumento. Esses membros foram selecionados após determinação da amostragem para o estudo e separados da população viável (enquadramento) do estudo.

A consistência interna do instrumento foi verificada, nos seus construtos principais de questões somativas, através do Teste Cronbach Alpha. Esse teste mede a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferença de opinião dos participantes do estudo, que não se deve a diferentes interpretações do instrumento. O coeficiente Cronbach Alpha mede a fidelidade do teste em função do número de itens para cada construto e a proporção de variância total da prova que seja devida à covariância entre suas partes. Os valores de alfa podem variar de 0 a 1, e quando maiores de 0,70 (mais próximos de 1) diz-se que há confiabilidade de medidas (MARTINS, 2006). Os valores alfa entre 0,60 e 0,80 são considerados bons para uma pesquisa exploratória, mostrando que os dados são confiáveis, e o instrumento tem boa qualidade para interpretação (CRONBACH, 1996; CHURCHIL JUNIOR, 1999).

Nos instrumentos utilizados neste estudo, havia um único construto ao qual se aplicavam as premissas do Teste Cronbach Alpha: “Avaliação de local da visita”. Neste construto, comum aos três instrumentos e composto de quatro questões (9, 10, 11 e 12) somativas, obteve-se um Alfa de 0,76, indicando confiabilidade de medida.

O construto “Por que faltou” (Questão 5), uma pergunta com sete alternativas, também comum aos três instrumentos, não se constituía de questões somativas. Assim, sua confiabilidade foi calculada através de uma análise de variância (ANOVA), obtendo os seguintes índices F para cada alternativa: (a) “Muita demora entre o dia que marcou e o dia da consulta”: $F=1,48$ ($\alpha > 0,05$); (b) “O problema de saúde desapareceu”: $F=1,01$ ($\alpha > 0,05$); (c) “Estava trabalhando”: $F=1,46$ ($\alpha > 0,05$); (d) “Profissional não era bom”: $F=0,24$ ($\alpha > 0,05$);

(e) “O serviço não era bom”: $F=0,76$ ($\alpha > 0,05$); (f) “Não tinha transporte”: $F=0,61$ ($\alpha > 0,05$); e (g) “Piorei e fui a outro local antes”: $F=1,86$ ($\alpha > 0,05$). Nenhuma das variações das respostas entre os Grupos 1 PCU, 2 PCH e 3 R era significativa ($\alpha > 0,05$), indicando estabilidade do instrumento nessas questões.

O construto “Experiência com o profissional de saúde”, pertinente apenas ao questionário do Grupo 3 R (questões 16 a 21), com itens somativos, o Teste Alpha Cronbach obtido foi de 0,94, indicando confiabilidade da medida.

O instrumento final foi formatado como um fôlder. A fonte *Times New Roman* foi escolhida pela facilidade de leitura, e ilustrações foram adicionadas seguindo um fluxo vertical de leitura, a fim de maximizar a compreensão do questionário pelos respondentes e aumentar o índice de respostas.

Todos os cálculos estatísticos para este estudo foram efetuados através do “software” estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) e nível de significância considerado $\alpha = 0,05$.

4.5 – Coleta de dados

A coleta de dados para este estudo seguiu o roteiro conhecido para maximizar o número de respondentes e minimizar erros de não resposta (DILLMAN, 1978). Esse método prescreve três envios de instrumentos, precedidos de cartões-postais preparatórios. O objetivo do cartão-postal é preparar os sujeitos do estudo para receber positivamente o questionário e não descartá-lo imediatamente. Cada envio de instrumento deve ser acompanhado por carta personalizada, envelope de resposta já endereçado e com selo, a fim de facilitar a participação dos sujeitos do estudo.

Dessa maneira, diferentes cartões-postais (Apêndices 3, 4 e 5) foram enviados, duas semanas antes do envio de cada remessa de questionários, a todos os sujeitos da amostra aleatória, preparando-os para a chegada posterior dos questionários (Apêndices 9, 10 e 11). O método do envio pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafo (EBCT) foi escolhido contra o método de entrega pessoal ou método de entrevistas semiestruturadas, a fim de evitar ameaças à validade interna e validade externa da pesquisa.

A validade interna é a evidência de que os resultados obtidos se devem realmente ao instrumento e não a algum outro fator intrusivo. As seguintes ameaças à validade interna foram controladas: (1) Características dos participantes: a amostra foi estratificada; (2)

Mortalidade dos participantes: a amostragem foi efetuada imediatamente após o encerramento do período estudado, a fim de evitar perda de indivíduos por motivo de mudança, após a data da consulta. Se o cadastro do sistema estivesse desatualizado, após o envio dos cartões-postais, quando houve o retorno daqueles cujos destinatários não foram encontrados, foi feito um esforço com a colaboração dos trabalhadores do sistema para atualização de cadastro. No caso do presente estudo, nenhum cartão-postal retornou, o que sinalizou que os endereços estavam certos. Outras ameaças à validade interna: (3) Local: influência que o local onde o teste se realiza pode ter sobre as respostas dos participantes. A não ser que todos os participantes fizessem a entrevista no mesmo local, com o mesmo tipo de iluminação, de conforto e de temperatura, não se pode ter certeza de que todos eles estiveram sujeitos às mesmas condições físicas e que essas não poderiam influenciá-los. Receber o questionário na própria residência reduziu a probabilidade da Ameaça de Local. (4) Instrumentação: três instrumentos diferentes foram construídos para serem adequados aos diferentes extratos da população-alvo, evitando assim que uns possam entendê-lo melhor que os outros, provocando maior probabilidade de apresentar respostas diferentes; (5) Maturação: ocorre quando muito tempo passa durante a coleta de dados e ao final os participantes já não são mais as mesmas pessoas, isto é, já não têm mais a mesma característica desejável para a pesquisa que tinham quando o estudo começou. Para controlar essa ameaça, a coleta de dados foi iniciada seis meses após o período estudado (outubro e novembro de 2010). (6) Atitude dos participantes: por saberem que fazem parte de uma pesquisa, os participantes agem diferentemente do que agiriam na vida regular, e dessa maneira dão respostas diferentes do que seria sua reação natural. Isso é também chamado Efeito Hawthorne (MAYO, DONHAM, 1945). Essa ameaça foi minimizada através da coleta de dados pelo EBCT, proporcionando a cada sujeito do estudo uma experiência pessoal e confidencial com o instrumento em sua casa, sem necessário conhecimento de outrem quanto à sua participação no estudo. (7) Regressão: essa ameaça examina a possibilidade, quando parte de um grupo de estudo, de os pesquisados tenderem suas opiniões em direção aos indivíduos percebidos como mais fortes ou mais fracos de grupo (os extremos). O presente estudo minimizou essa ameaça através da escolha de uma metodologia impessoal e privada para o respondente. (8) Implementação: essa ameaça examina se a pesquisa pode ser aplicada de maneira consistente para todos os participantes, ou se alguns pesquisadores podem ter mais habilidade ou mais simpatia que ocasionem respostas diferentes dos participantes. A escolha pela metodologia de envio pelo EBCT eliminou essa ameaça.

4.6 – Validade externa

A validade externa é a medida de quanto os resultados podem ser generalizados a outras populações similares à população-alvo do presente estudo. As seguintes ameaças à validade externa deste estudo foram consideradas e controladas: (1) Interação entre seleção e participantes: ocorre quando os participantes voluntariam para participar do estudo, ou querem muito ajudar o pesquisador. Suas respostas não serão as mesmas de outro grupo similar, nas mesmas condições. Por isso, optou-se pelo envio dos questionários pelo EBCT, a fim de evitar essa ameaça à validade externa. (2) Ameaça de amostragem, ou representatividade da população escolhida: foi controlada através de cuidadosa amostragem realizada aleatoriamente; (3) Ecologia-Ambientação: refere-se a como o ambiente em volta dos pesquisados pode diferenciá-los de populações similares. Neste estudo, essa ameaça foi controlada através da equalização do ambiente de recebimento da pesquisa na casa dos pesquisados. (4) Atitude do pesquisador: populações similares que não foram expostas ao pesquisador poderiam se comportar diferentemente. Essa ameaça foi controlada através de ausência de contato entre pesquisados e pesquisadores. (5) Atitude dos pesquisados: examina se o fato de ser parte de um estudo modifica, de alguma maneira, significativamente, a atitude dos participantes do estudo, e se essa modificação os levaria a se comportar de maneira diferente dos usuários que não fazem parte do estudo. Esta ameaça foi minimizada neste estudo através da metodologia escolhida de coleta de dados pelo EBCT.

Cada questionário foi enviado juntamente com uma carta de apresentação (Apêndices 6, 7 e 8) personalizada com assinatura e o número de um telefone de celular especialmente adquirido para acesso e perguntas dos sujeitos da pesquisa. No pacote dos questionários, havia ainda o Termo de Consentimento (Apêndice 2), com um envelope para resposta devidamente selado e endereçado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A carta tinha o logotipo da Universidade de São Paulo (USP) a fim de gerar confiança nos sujeitos do estudo quanto à legalidade e confiabilidade da pesquisa. O método empregado sugere que um incentivo de baixo valor seja incluído em todas as cartas, a fim de gerar receptividade no respondente, itens como balas, lápis, saquinhos de chá ou café instantâneo (DILLMAN, 1978). Neste estudo, os incentivos sugeridos não foram utilizados.

Os questionários foram codificados para que o retorno fosse registrado, e os participantes que já tinham respondido não recebessem os pacotes novamente nos sucessivos

reenvios. O primeiro cartão-postal foi enviado dia 24/5/2011, seguido pelo envio das primeiras remessas, em 31/5/2011. No dia 18/6/11 foi enviado o segundo cartão-postal e no dia 16/7/11 foi enviada a segunda remessa de pacotes com questionários. Finalmente, no dia 21/7/11 foi enviado o terceiro cartão-postal e no dia 5/8/11 foi enviado pela terceira vez o pacote de questionários para os não respondentes.

4.7 – Análise dos dados

Os dados quantitativos obtidos neste estudo foram analisados com o auxílio do programa estatístico SPSS. As respostas às questões qualitativas foram tabuladas e examinadas em busca de categorizá-las. Esses dados foram sumarizados como dados nominais e descritos estatisticamente com medidas de tendência central. Foram calculadas correlações entre as variáveis numéricas dependentes e independentes, a fim de verificar o relacionamento entre atitudes e características de atendimento nas unidades de saúde e a experiência dos usuários, incluindo seu nível de satisfação com essa experiência. Quando apropriado, foram calculadas regressões múltiplas, a fim de verificar possibilidade de uma relação de causalidade entre as variáveis numéricas.

As associações entre variáveis foram mensuradas por meio do Teste Qui-quadrado (χ^2) e do Teste Exato de Fisher, através do software SAS 9.2.

A análise de correspondências foi aplicada para se verificar a associação entre as questões e as classificações e resultou no mapa de correspondência que possibilita verificar quais questões estão mais associadas com as diferentes classificações (GREENACRE, 2007).

4.8 – Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Anexo 1).

RESULTADOS

5 - RESULTADOS

5.1 – Absenteísmo, taxa de respostas e caracterização da amostra

Dentre os 19.746 pacientes agendados para consultas e retornos, 6.363 faltaram. A taxa global de absenteísmo foi de 32,2% (variação de 42,7%, na atenção básica com estratégia de saúde da família, a 17,0%, na atenção especializada hospitalar de elevada complexidade). A taxa de faltosos foi de 32,4% no atendimento básico, 33,8% no ambulatório especializado não hospitalar e 19,0% (significativamente menor: $p < 0,001$), no ambulatório especializado hospitalar. Dentre os 834 sujeitos que receberam o questionário para verificação dos motivos do absenteísmo às primeiras consultas e aos retornos, 356 (42,7%) preencheram e devolveram, mediante emprego de três remessas de questionários (Tabela 5).

Tabela 5 - Número total de usuários agendados, faltosos, amostragem para o estudo e respondentes nos níveis de atenção à saúde: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e ambulatório especializado hospitalar (AH).

Nível de Atenção	Total Agendado	Faltosos	Amostra	Respondentes
AB	7.334	2.376 (32,4%)	345 (14,5%)	143 (41,4%)
ANH	11.014	3.721 (33,8%)	338 (9,1%)	137 (40,5%)
AH	1.398	266 (19,0%)	151 (56,8%)	76 (50,0%)
TOTAL	19.746	6.363 (32,2%)	834 (13,1%)	356 (42,7%)

Após o envio da primeira remessa, a EBCT retornou 42 pacotes, onde 18 faltavam dados no endereço que foram corrigidos e reenviados, e 24 apresentavam dados de endereço ou de sujeito errados (pessoa falecida, outro endereço, endereço desconhecido ou insuficiente); esses pacotes foram substituídos por nomes escolhidos aleatoriamente da lista de sujeitos viáveis. As datas dos três envios de cartões e questionários, com as respectivas devoluções, estão na Tabela 6.

Tabela 6 - Detalhamento dos envios dos cartões e questionários com as respectivas devoluções

Remessas	Data	Pacotes Enviados	Número de Questionários Preenchidos Recebidos	Porcentagem do total da amostra selecionada
1º Cartão-postal	24/5/11	834		
1º Questionário	31/5/11	834	92	11,0%
2º Cartão-postal	18/6/11	742	77	9,2%
2º Questionário	16/7/11	665	46	5,5%
3º Cartão-postal	21/7/11	619	68	8,2%
3º Questionário	5/8/11	551	73	8,8%
TOTAL			356	42,7%

A amostra projetada e efetiva (respondentes) se manteve em termos de idade e na discriminação por gênero, no grupo feminino com $p=0,1758$ e no grupo masculino com $p=0,2544$.

Dentre os 340 respondentes que informaram o sexo, 215 eram mulheres (63,2%), com média geral de idade de 44,1 anos (37,1% entre 51 e 70 anos, 20,9% entre 18 e 30 anos, 2,1% entre 31 e 50 anos), e a maior parte possuía ensino fundamental (53,8%). (Tabela 7).

Tabela 7 - Características dos respondentes

Características dos respondentes	f	%	Média	Desvio-padrão
Sexo (n=340)				
<i>Homens</i>	125	36,8%		
<i>Mulheres</i>	215	63,2%		
Idade (n=356)			44,1	13,8
<i>Idade Mulheres</i>			43,8	13,3
<i>Idade Homens</i>			44,6	14,8
Educação (n=303)				
<i>Fundamental</i>	163*	53,8%		
Homens	} = 155*	54	34,8%	
Mulheres		101	65,2%	
<i>Ensino Médio</i>	110*	36,3%		
Homens	} = 105*	48	45,7%	
Mulheres		57	54,3%	
<i>Superior</i>	30*	9,9%		
Homens	} = 27*	6	22,2%	
Mulheres		21	77,8%	

* A diferença entre o total geral e o total por sexo deve-se a casos onde a informação não estava disponível.

Dentre os respondentes, 151 (42,4%) faltaram à primeira consulta, e 205 (57,6%), aos retornos. A taxa de respondentes dos questionários para absentismo na primeira consulta

e retorno na Atenção Básica (AB), no Ambulatório Especializado Não Hospitalar (ANH) e nos Ambulatórios Especializados Hospitalares (AH) está na Tabela 8.

Tabela 8 - Agendamentos para primeira consulta (PC) e retornos (RT) entre respondentes nos diferentes níveis de atenção à saúde: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e ambulatório especializado hospitalar (AH)

Usuários	Amostra		Respondentes	
	PC	RT	PC	RT
AB	144 (41,7%)	201 (58,3%)	67 (46,8%)	76 (53,2%)
ANH	178 (52,7%)	160 (47,3%)	67 (48,9%)	70 (51,1%)
AH	42 (27,8%)	109 (72,2%)	17 (22,4%)	59 (77,6%)
TOTAL	364 (43,6%)	470 (56,4%)	151(42,4%)	205 (57,6%)

Como a taxa de respondentes ficou abaixo de 50,0%, pois, dentre os 834 sujeitos que receberam o questionário para verificação dos motivos do absenteísmo às primeiras consultas e aos retornos, apenas 356 (42,7%) preencheram e devolveram, foram realizadas comparações entre os 129 respondentes iniciais e os 225 respondentes tardios, onde 25,0% de cada grupo foi cotejado nas variáveis demográficas e numéricas dependentes e independentes, sem detecção de diferenças significativas e, portanto, os grupos podem ser considerados similares, e a amostra é representativa.

Os respondentes iniciais não diferiram dos respondentes tardios, tomando como base a avaliação de variáveis numéricas relativas ao local de atendimento (aspectos da comunicação, acesso, limpeza e juízo para recomendação) mediante escala numérica de um a cinco (escala de Likert). Os grupos de respondentes iniciais e finais foram comparados mediante emprego do test “t” para amostras independentes para todas as variáveis descritas (Tabela 9).

Tabela 9 - Características dos respondentes iniciais e tardios na avaliação do local de atendimento

Variáveis de avaliação do local de atendimento	Respondentes Iniciais/ Finais	n	Média e Desvio-padrão	t
Q9: Comunicação	Iniciais	36	3,08±1,33	0,28
	Finais	39	3,00±1,21	
Q10: Acesso	Iniciais	33	4,15± 1	0,6
	Finais	38	4,21±0,87	
Q11: Limpeza	Iniciais	36	3,94±1,14	0,57
	Finais	38	4,08±0,88	

Variáveis de avaliação do local de atendimento	Respondentes		Média e Desvio-padrão	t	
	Iniciais/	Finais			n
Q12: Conceito para recomendação	Iniciais		38	3,53±1,31	0,44
	Finais		38	3,66±1,30	

* Estatisticamente significante com $p < 0,05$

Os respondentes iniciais não diferiram dos respondentes tardios nas variáveis idade e número de dias esperados, entre agendamento e consulta ou procedimento. Os grupos de respondentes iniciais e finais foram comparados mediante emprego do test “t” para amostras independentes para todas as variáveis descritas (Tabela 10).

Tabela 10 - Características dos respondentes iniciais e tardios quanto à idade e ao número de dias esperados para o atendimento agendado

Variáveis	Respondentes Iniciais/		n	Média e Desvio-padrão	t
	Finais				
Quantos dias esperou	Iniciais		34	61,4 ±38,9	0,81
	Finais		33	62,7±47,9	
Idade	Iniciais		41	45,8±12,9	0,12
	Finais		45	43,4±14,1	

Estatisticamente significante com $p < 0,05$

A comparação dos grupos respondentes iniciais e finais para as variáveis nominais foi feita mediante emprego do teste Cramer’s V e não foi observada diferença significativa entre os respondentes iniciais e finais (Tabela 11).

Tabela 11 - Comparação entre respondentes iniciais e tardios para as variáveis nominais

VARIÁVEIS	VARIÁVEIS				Freq/%		Freq/%				t	
	Feminino		Masculino								t	
SEXO		Freq	%	Freq	%	n						0,03a
	Iniciais	25	61	16	39,0	41						
	Finais	26	57,8	19	42,2	45						
INSTRUÇÃO		Freq	%	Freq	%	Fundamental		Médio/ Técnico		Superior		0,09a
	Iniciais	12	29,3	17	41,5	3		7,3				
	Finais	17	37,8	20	44,4	2		4,4				
PERÍODO EM QUE TRABALHA		Manhã		Tarde		Noite		Manhã e Tarde		Manhã, Tarde e Noite		0,32a
		Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	
	Iniciais	9	22	1	2,4	4	9,8	15	36,6	4	9,8	
Finais	2	4,4	3	6,7	2	4,4	19	42,2	3	6,7		

* Estatisticamente significante com $p < 0,05$; a = Coeficiente Cramer’s V.

5.6 – Aspectos do agendamento e motivos alegados para o absenteísmo

Os agendamentos na rede assistencial (RA) para primeira consulta, entre os respondentes, foram realizados predominantemente no próprio serviço (AB) ou pelo Complexo Regulador (ANH e AH). Os retornos, em todos os níveis de atenção à saúde, foram agendados, na grande maioria dos casos, pelo próprio serviço (Figura 1).

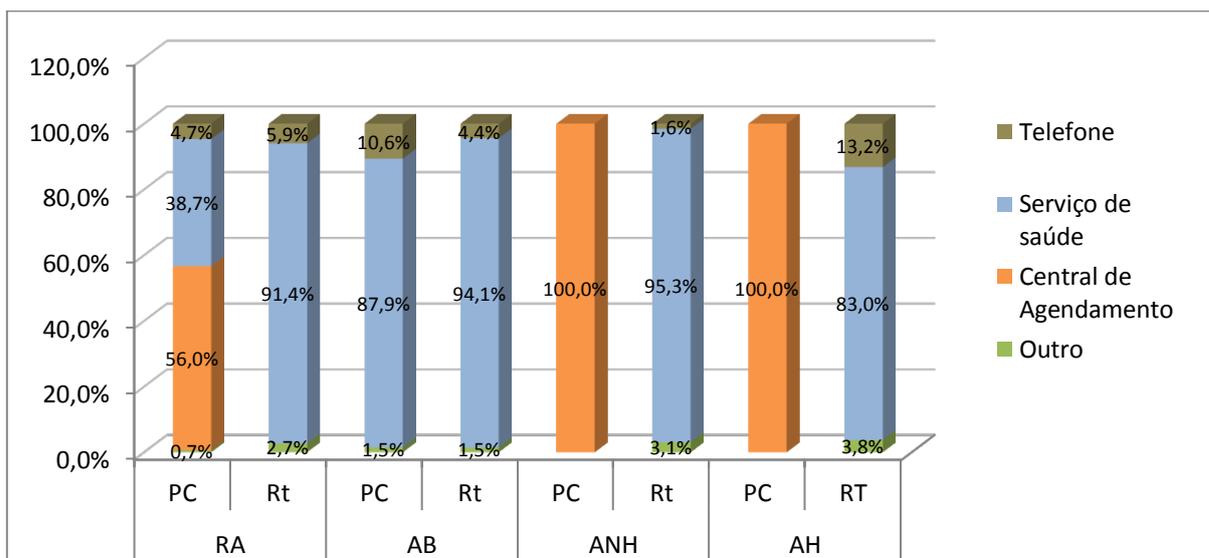


Figura 1 - Forma de agendamento para primeira consulta e retorno na rede assistencial (RA) e nos diferentes níveis de atenção à saúde: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e hospitalar (AH). (n=335)

A adequação do dia e hora, para primeira consulta, foi feita para 41,5% dos respondentes (variação de 34,4% no ANH a 48,5% na AB). Por outro lado, a adequação do dia e hora ocorreu para 52,5% dos respondentes com retornos (variação de 40,3% na ANH a 64,3% na AB), com maior flexibilidade na atenção básica (Figura 2). Quando se considera apenas o retorno, houve diferença significativa entre as unidades quanto à adequação do dia e da hora ($p = 0,0205$).

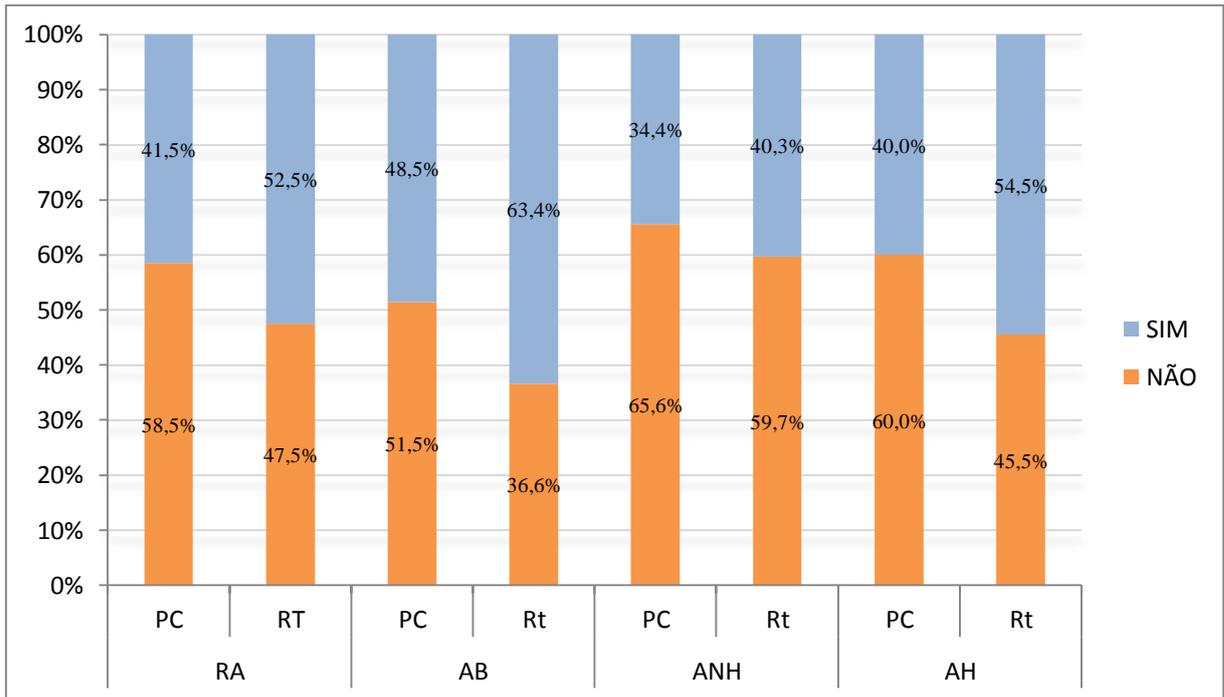


Figura 2 - Adequação do dia e hora das primeiras consultas e retornos na rede assistencial (RA) e nos três níveis de atenção à saúde: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e ambulatório especializado hospitalar (AH). (n=340)

O tempo esperado entre o agendamento e a consulta foi de até 30 dias para 36,9% dos respondentes (variação de 20,0% no ANH a 66,6% no AH) e o tempo esperado entre o agendamento e o retorno foi de até 30 dias para 41,2% dos respondentes (variação de 35,7% no ANH a 45,5% no AH) (Figura 3), sem diferenças entre as unidades e os tipos de agendamento, retorno e primeira consulta.

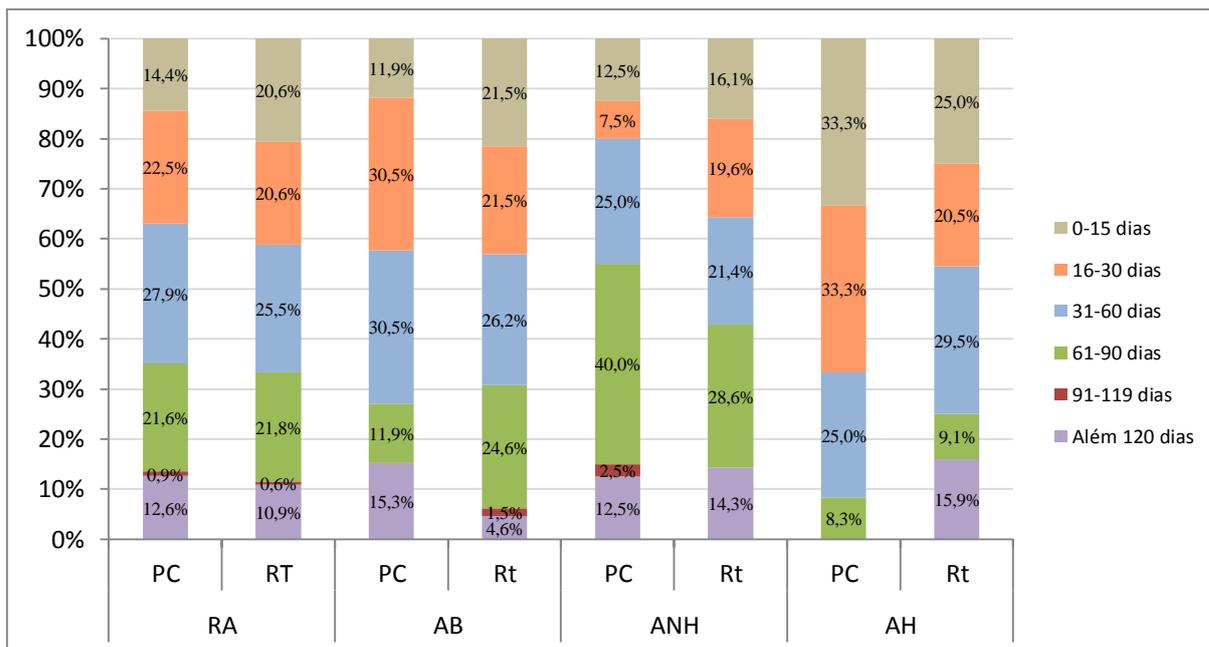


Figura 3 - Tempo de espera entre o agendamento e a realização da primeira consulta e do retorno na rede assistencial (RA) e nos três níveis de atenção à saúde: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e ambulatório especializado hospitalar (AH). (n=276)

A busca de apoio frente a algum problema com o agendamento foi direcionada a quem agendou em 35,1% dos casos (variação de 32,7% na ANH a 40,9% na AH). Em proporções semelhantes, 39,1% acionaram a categoria médica e de enfermagem (variação de 27,3% no AH a 47,0% no ANH). O auxílio de pessoas ou entidades, fora do processo de agendamento, ocorreu em 25,8% dos casos (variação de 20,4% na AB a 31,8% na AH) (Figura 4), sem diferenças entre a busca por apoio nos diferentes níveis de atenção à saúde.

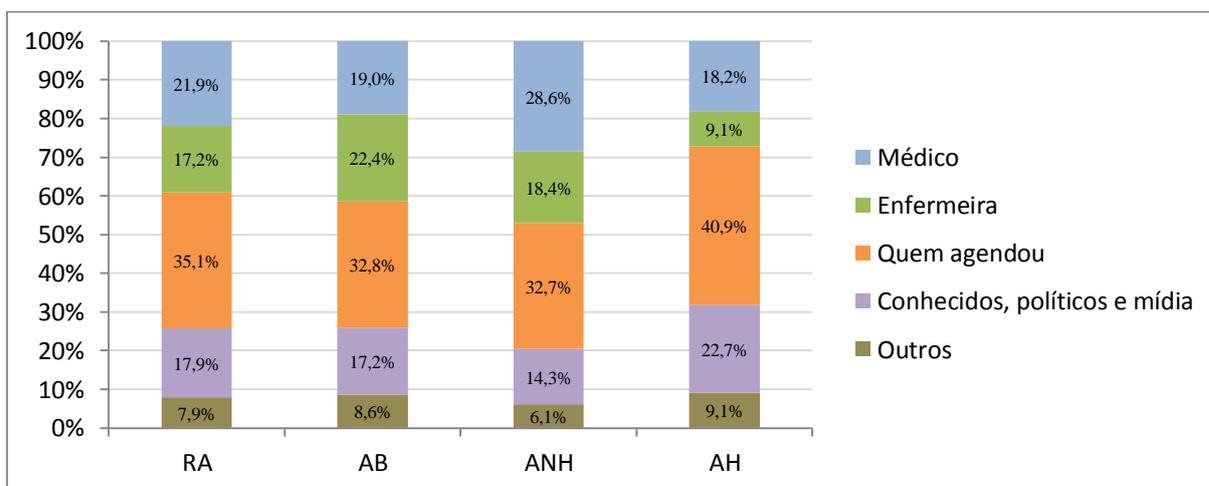


Figura 4 - Profissional ou recurso acionado frente a problemas no agendamento da rede assistencial (RA) e nos três níveis de atenção à saúde: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e hospitalar (AH) (n= 151)

A avaliação do local da consulta baseada na comunicação com a unidade via telefone, acesso geográfico, limpeza/higiene e recomendação do serviço a parentes e amigos foi obtida com o emprego da Escala Likert (5 itens: Muito Bom, Bom, Neutro, Ruim e Muito Ruim).

O acesso ao local de atendimento foi a questão que mais se destacou nas respostas de satisfação com o nível de atenção à saúde: a atenção básica (AB) e a atenção hospitalar (AH), na maioria das vezes, foram avaliadas como serviços muito bons, já a atenção não hospitalar (ANH) foi considerada, na maioria das vezes, como boa. A comunicação com a unidade por telefone foi considerada como ruim na atenção básica (AB) e na atenção não hospitalar (ANH), já na atenção hospitalar (AH) foi considerada, na maioria das vezes, como boa. Na AB e a ANH, os respondentes avaliaram a limpeza e recomendaram o serviço como bom ou mantiveram-se neutros, já na AH, a maioria avaliou esses itens como muito bons (Figura 5).

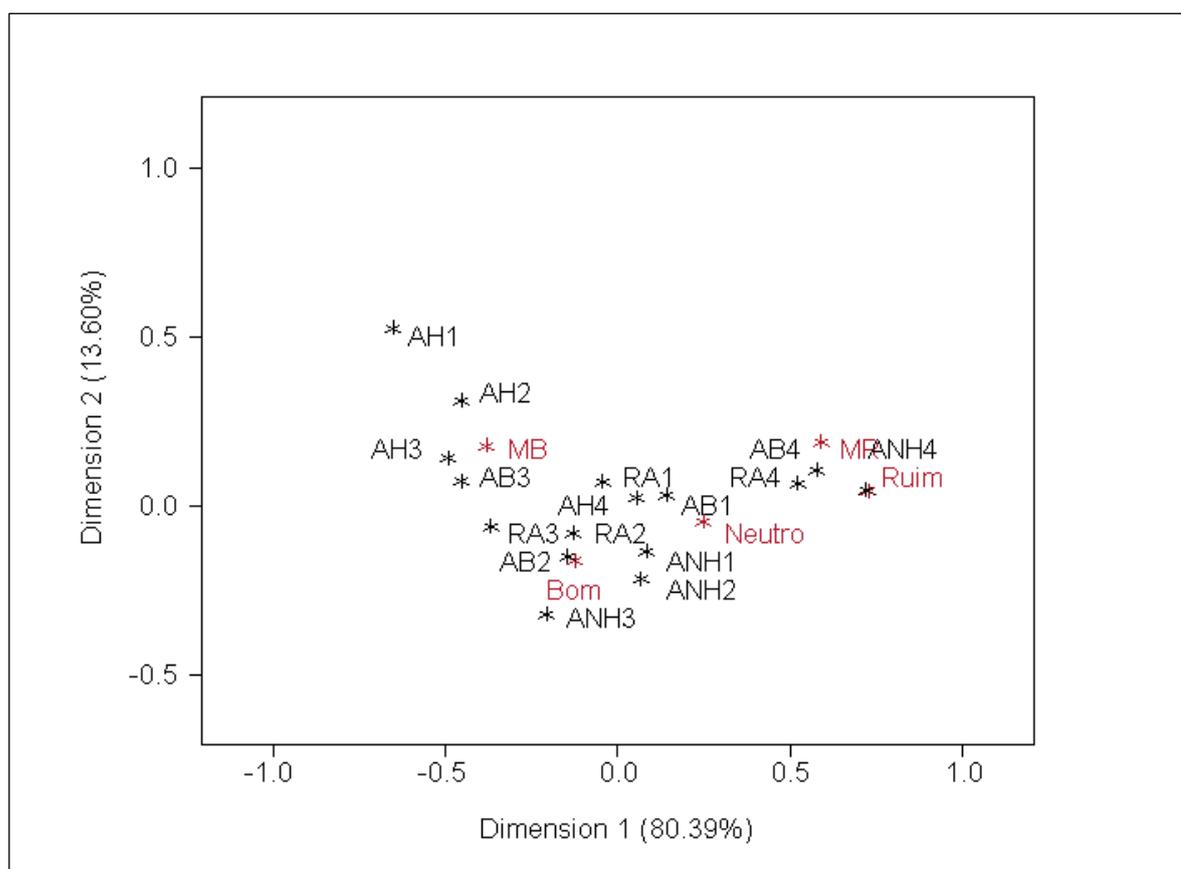


Figura 5 - 1. Conceito para recomendação do serviço (n=304), 2. Avaliação da limpeza (n=302), 3. Avaliação do acesso geográfico (n=294), e 4. Avaliação do acesso ao telefone (n=308), pelos respondentes de primeira consulta e retornos na rede assistencial (RA) e nos três níveis de atenção à saúde: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e hospitalar (AH). MB (muito bom), Bom, Neutro, Ruim e MR (muito ruim)

Os usuários que faltaram aos retornos registraram a percepção sobre a fama do profissional que prestou o atendimento e suas habilidades para ouvir a queixa, dar explicações sobre medicação e tratamento e por fim deram nota ao conjunto dos quesitos, por meio do emprego da Escala Likert (5 itens: Muito Ruim, Ruim, Neutro, Bom e Muito Bom).

Os respondentes do atendimento hospitalar (AH) consideraram, em sua maioria, o atendimento médico que receberam, sobre todos os aspectos questionados, incluindo a nota que dariam ao serviço médico, como muito bom. Quanto aos respondentes da atenção básica (AB), a maioria avaliou o atendimento que receberam, como muito bom e a fama do profissional como boa. Os respondentes do atendimento não hospitalar (ANH) relataram insatisfação no entendimento com a explicação do médico e sobre o tratamento (Figura 6).

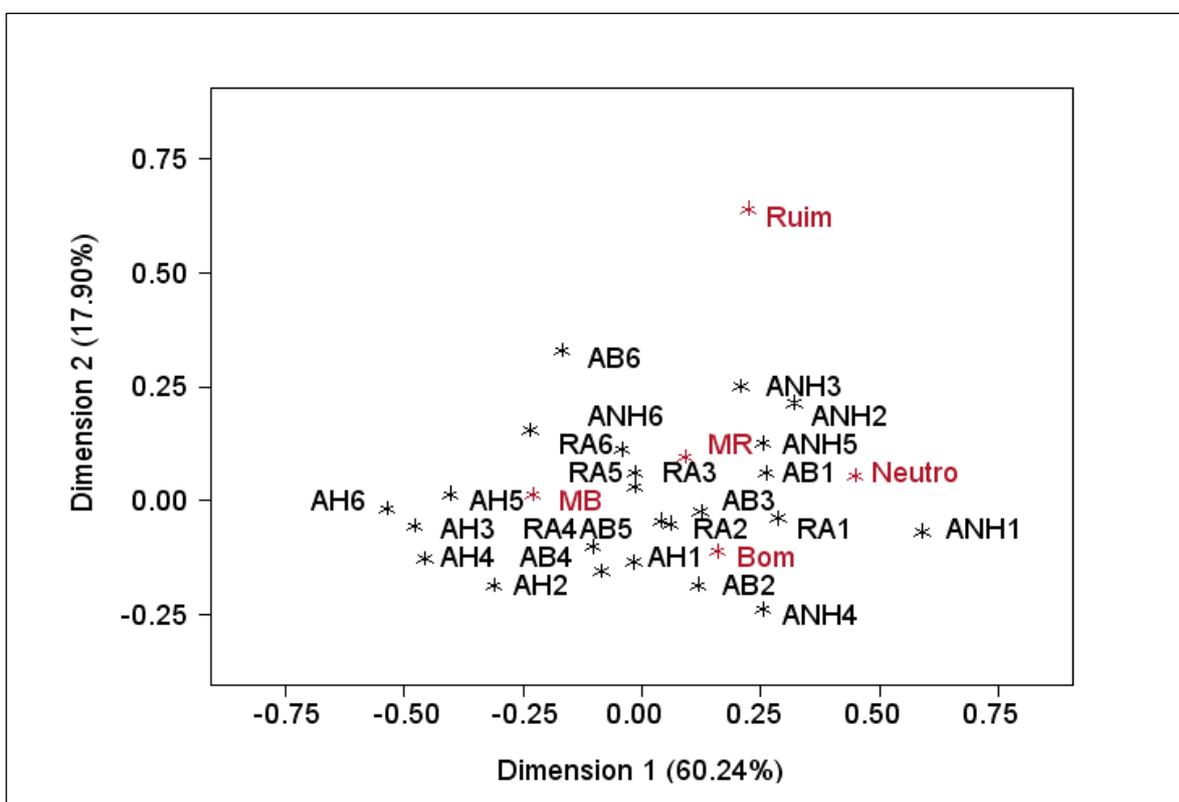


Figura 6 - Avaliação das experiências com os profissionais visitados pelos respondentes dos retornos na rede assistencial (RA) e nos diferentes níveis de atenção à saúde: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e hospitalar (AH), com as respectivas questões de 1 a 6. 1. Fama profissional (n=186), 2. Tempo para explicar queixa (n=184), 3. Entendeu explicação (n=187), 4. Entendeu medicamento (n=186), 5. Entendeu tratamento (n=188) e 6. Nota (n=187). MB (muito bom), bom, neutro, ruim e MR (muito ruim)

No período em que aguardavam o atendimento, 109 (30,6%) procuraram outros serviços; a maioria (67,1%) foi a outro local dentro do serviço público (variação de 60,6% na ANH a 78,3% na AH); 18,5% procuraram atendimento particular (variação de 4,3% no AH a 30,3% na ANH) e 14,4% procuraram atendimento nos planos privados de saúde (variação de

9,1% na ANH a 17,1% na AH). Não houve diferença entre o tipo de atendimento procurado e os diferentes níveis de atenção (Figura 7).

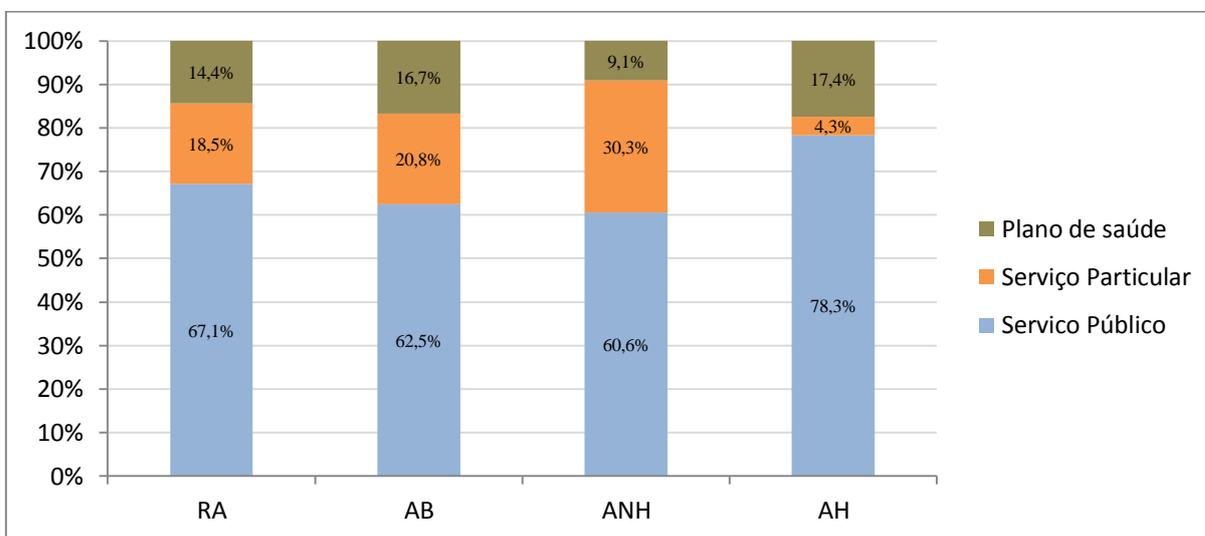


Figura 7 - Distribuição, em percentual, para outro atendimento acionado pelos usuários que faltaram às primeiras consultas e aos retornos na rede assistencial (RA) e nos diferentes níveis de atenção: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e hospitalar (AH). (n=104)

Dentre os respondentes que faltaram ao retorno, 34,9% utilizavam veículo próprio para se locomover até o local do atendimento (variação de 29,9% na AB a 39,7% na ANH). A utilização de ônibus foi referida por 33,9% dos respondentes (variação de 17,6% na AH a 48,3% na ANH). A dependência do transporte feito pelo sistema de saúde foi referida por 16,6% dos respondentes (variação de 1,7% na ANH a 45,1% na AH) (Figura 8). Houve diferença significativa entre os meios de transporte empregados para acesso aos retornos nos diferentes níveis de atenção ($p < 0,01$).

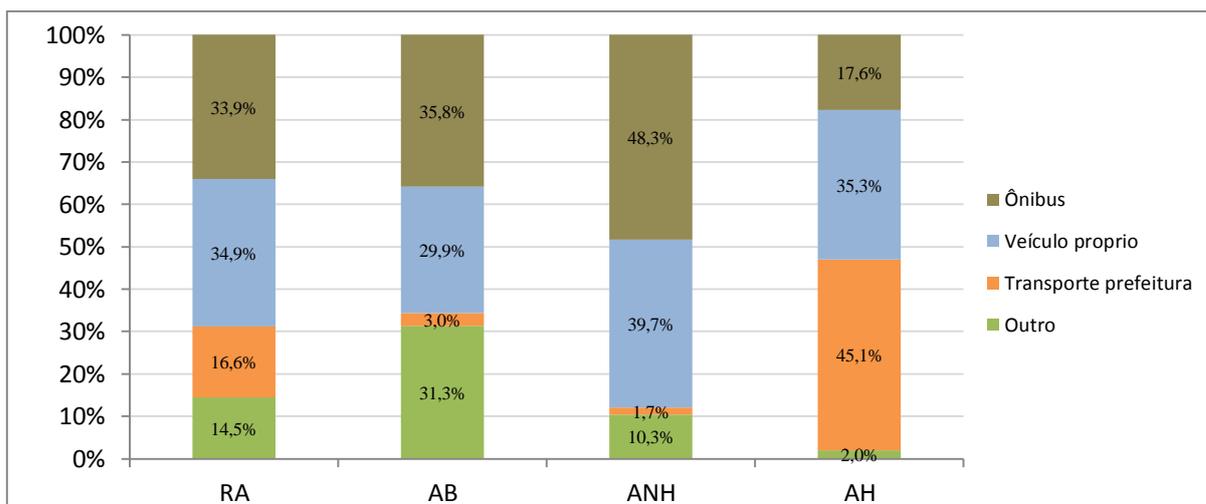


Figura 8 - Meios de transporte empregados pelos respondentes que faltaram aos retornos na rede assistencial (RA) e nos diferentes níveis de atenção à saúde avaliados: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e ambulatório especializado hospitalar (AH) (n=176)

Dentre as 390 respostas obtidas para justificar o absenteísmo às primeiras consultas e aos retornos agendados, 29 motivos foram alegados e agrupados em três fatores: relacionados ao sujeito, aos serviços de saúde e os de ordem social. No conjunto das respostas obtidas de todos os serviços avaliados, 152 (39,0%) foram relacionadas a fatores dependentes do sujeito (variação de 36,2 na ANH a 43,5% na AH); 124 (32,0%) foram agrupadas em razões de natureza social (variação de 30,2 na ANH a 35,3% na AH), e, finalmente, 114 (29,0%) estão associadas a fatores ligados aos serviços de saúde (variação de 21,2 na ANH a 29,5% na AH) (Figura 9). Não houve diferença significativa entre os motivos referidos para justificar o absenteísmo às primeiras consultas e aos retornos, nos diferentes níveis de atenção à saúde.

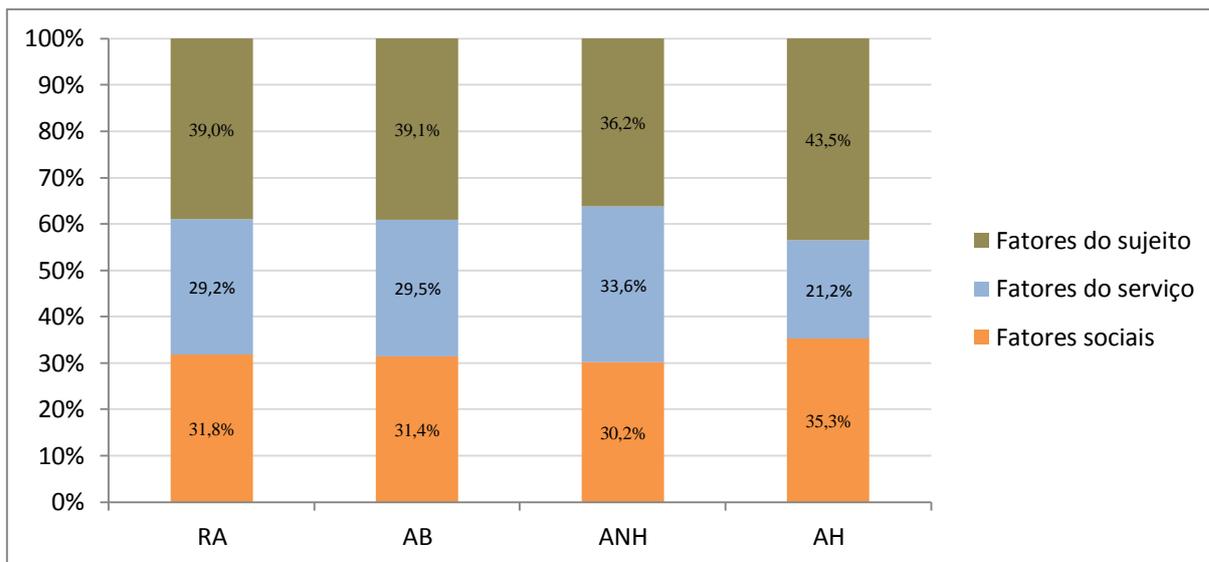


Figura 9 - Motivos referidos para justificar o absenteísmo às primeiras consultas (PC) e aos retornos (RT) agendados na rede assistencial (RA) e nos seus diferentes níveis: atenção básica (AB), ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e ambulatórios especializados hospitalares (AH), reunidos em fatores relacionados aos sujeitos, ao serviço de saúde e aos problemas sociais

Dentre as 390 respostas obtidas para justificar o absenteísmo às PCs e aos RTs agendados, 103 (26,4%) registravam como principais motivos o trabalho no horário marcado para consulta. A demora entre o agendamento e a data da consulta ou retorno foi elencada em 66 vezes (16,9%), e a mudança da condição clínica, incluindo piora ou melhora, foi mencionada, também, em 66 respostas (16,9%) (Apêndice 14).

Na atenção básica, tanto para PC quanto retornos, os motivos do absenteísmo, em ordem decrescente, que mais aparecem foram o trabalho no horário marcado (PC: N= 24, Rt: n= 21), a mudança da condição clínica, incluindo piora ou melhora (PC: n= 16, Rt: n= 17) e a demora entre a marcação e a consulta ou retorno (PC: n= 15, Rt: n= 14) (Apêndice 14).

No ambulatório especializado não hospitalar, na PC, o motivo que mais aparece como justificativa do absenteísmo foi a demora entre marcação e consulta (n=15), seguido de mudança da condição clínica, incluindo piora ou melhora (n=11) e estar trabalhando no horário da consulta (n=10); já nos RTs, o que mais apareceu foi estar trabalhando no horário agendado (n=27), seguido de demora entre a marcação e consulta (n=17) e mudança da condição clínica, incluindo piora ou melhora (n= 13) (Apêndice 14).

No ambulatório especializado hospitalar, os motivos mais citados para o absenteísmo na PC foram o trabalho (n=3) e problemas com transporte (n=3). Nos RTs, os motivos que mais apareceram foram o trabalho (n=18), seguido de problemas com transporte (n=6) (Apêndice 14).

5.7 – Correlações

As correlações gerais demonstraram que algumas variáveis estavam consistentemente associadas, variando conjuntamente. Para todos os casos (análise geral), a avaliação do local (comunicação, acesso, limpeza e recomendação) reagiu consistentemente de acordo com a tentativa de ajeitar o melhor dia e hora para o usuário, e se foi atendido rapidamente na hora de marcar a consulta. Quando o(a) agendador(a) tentou ajeitar dia/hora para o usuário, as avaliações sobre comunicação, acesso, limpeza e recomendação do local foram consistentemente mais altas. O mesmo aconteceu quando o usuário foi atendido rapidamente na hora de agendar a consulta. A Tabela 12 abaixo mostra as correlações referentes a esses dados.

Tabela 12 - Correlação entre variáveis nominais nos diferentes de níveis de atenção à saúde. Atenção básica, ambulatório especializado não hospitalar e ambulatório especializado hospitalar

	Comunicação	Acesso	Limpeza	Recomendaria
Pessoa tentou ajeitar dia/hora	0,361**	0,172**	0,281**	0,393**
Foi atendido rapidamente	0,439**	0,278**	0,337**	0,437**

** Significante $\alpha < 0,001$

Os usuários, cujos agendadores tentaram ajeitar o melhor dia e hora para sua próxima consulta, demonstraram consistentemente ter uma percepção menor do tempo esperado entre o agendamento e a consulta. O número de dias que o usuário precisou esperar entre agendamento e consulta também mostrou ter relação com a avaliação dos usuários relativa à fama do profissional, à comunicação por telefone, à limpeza e à vontade de recomendar o local. Quanto menos dias o(a) usuário disse ter esperado, mais chance de serem positivas tinham suas avaliações sobre a fama do profissional que o(a) atendeu, melhor sua percepção sobre o acesso telefônico ao local, a limpeza e a vontade de recomendá-lo a parentes e amigos. Para essas correlações, foi utilizada a estatística Eta, que é o procedimento adequado quando uma das variáveis correlacionadas é nominal e a(s) outra(s) é(são) numérica(s). A variável nominal na análise representada abaixo era “Pessoa tentou ajeitar” (sim/não, bivariada), e as outras quatro variáveis analisadas eram numéricas (Escala Likert, 1-5). Eta tem a mesma interpretação que o Pearson’s r. A Tabela 13, abaixo, demonstra as correlações associadas a esses dados.

Tabela 13 - Correlação entre número de dias esperados e variáveis nominais (Eta), nos diferentes níveis de atenção à saúde. Atenção básica, ambulatório especializado não hospitalar e ambulatório especializado hospitalar

	Pessoa tentou ajeitar	Fama do profissional	Comunicação	Limpeza	Recomendaria
Número de dias que esperou para consulta	0,261**	0,424**	0,252**	0,190**	0,237**

** Significante $\alpha < 0,001$

A tentativa de ajeitar o horário, durante o agendamento, para os atendimentos de primeira consulta nos diferentes níveis de atenção à saúde (AB, ANH e AH) se correlacionou com a melhor percepção quanto à limpeza do local e a recomendação do local para amigos e parentes. Os usuários que tiveram boas experiências com o acesso aos atendentes por telefone também possuem uma melhor percepção do local, achando-o limpo e o recomendando às pessoas. Quanto mais o respondente achar o local limpo, mais ele tende a recomendar o serviço (Tabela 14).

Tabela 14 - Correlações para os atendimentos de primeira consulta (Eta) nos diferentes níveis de atenção à saúde, atenção básica, ambulatório especializado não hospitalar e hospitalar

	Limpeza Local	Recomendaria
Pessoa tentou ajeitar	0,298**	0,337**
Comunicação	0,426**	0,556**
Limpeza	1,000	0,587**

** Significante $\alpha < 0,001$

O número elevado de respondentes entre os usuários com retorno (n=205) permitiu que correlações específicas com perguntas daquele questionário fossem calculadas. Assim, sempre que os agendadores tentaram ajeitar melhor dia e hora para os usuários de retorno, esses consistentemente sentiam-se mais satisfeitos com a fama do profissional que o atendeu, com o tempo para explicar seu problema, com a explicação dada pelo médico sobre seu problema, sua medicação e seu tratamento, além de tenderem consistentemente a dar uma nota final maior a esses profissionais (Tabela 15).

Tabela 15 - Correlações para os atendimentos de retorno (Eta) nos diferentes níveis de atenção à saúde, atenção básica, ambulatório especializado não hospitalar e hospitalar

	Fama profissional	Tempo suficiente	Explicou	Entendeu medicação	Entendeu tratamento	Nota Final
Pessoa tentou ajeitar	0,305*	0,377**	0,380**	0,319**	0,319**	0,327**
Foi atendido rapidamente	0,285**	0,366**	0,325**	0,293**	0,327**	0,337**
Comunicação	0,331**	0,376**	0,438**	0,390**	0,428**	0,426**
Acesso	0,203**	0,257**	0,329**	0,314**	0,400**	0,309**
Limpeza	0,429**	0,412**	0,400**	0,381**	0,428**	0,448**
Recomendaria	0,435**	0,508**	0,564**	0,487**	0,516**	0,585**

*Significante $\alpha < 0,05$ **Significante $\alpha < 0,001$

5.8 – Considerações acerca das correlações

As correlações que foram realizadas neste estudo apontam os fatores que podem influenciar na percepção do usuário quanto ao sistema de saúde. O resultado mostra que a forma de agendamento (consulta marcada por telefone, na unidade de saúde, no hospital, através de amigos influentes, políticos ou mídia) não tem correlação com a falta dos usuários. Por outro lado, quando a pessoa que agenda tenta ajeitar o melhor dia e hora para o usuário, ocorre uma avaliação mais positiva por parte do usuário quanto ao tempo que ele espera entre o agendamento e a consulta, bem como melhora sua percepção do local da consulta, e, nos casos do usuário de retorno, há satisfação no contato com o profissional que o atendeu.

Ainda para os usuários de retorno, há uma avaliação positiva com relação à disponibilidade do acesso por telefone e o acesso ao local do serviço de saúde, e quanto menor o tempo esperado entre agendamento e consulta, a percepção do usuário é mais positiva quanto ao profissional com quem eles se consultaram.

5.9 – Experiências e sugestões dos usuários: Análise quali-quantitativa

As respostas às duas questões abertas contidas na parte final do questionário enviado, solicitando sugestões para melhorar o agendamento e para reduzir as faltas às primeiras consultas e aos retornos, bem como depoimentos sobre experiências com os serviços de saúde foram analisadas e agrupadas em núcleos de sentido representados pela ampliação do acesso aos serviços de saúde, organização do acesso aos serviços de saúde e adequação dos profissionais para o acolhimento e comunicação (Apêndice 15).

Dentre as sugestões feitas para reduzir o absenteísmo às primeiras consultas e aos retornos agendados, 49,0% estão relacionadas à ampliação do acesso aos serviços de saúde (variação de 40,4% na AH a 51,7% na AB); 26,9% apontam para a melhoria do acolhimento e da comunicação (variação de 22,8% na AH a 27,5% na AB) e, finalmente, 24,1% estão associadas à organização dos serviços (variação de 20,8 na AB a 36,8% na AH) (Figura 10). Não houve diferença significativa nas respostas sobre experiência e sugestões dos usuários, nos três níveis de atenção à saúde ($p = 0,32$).

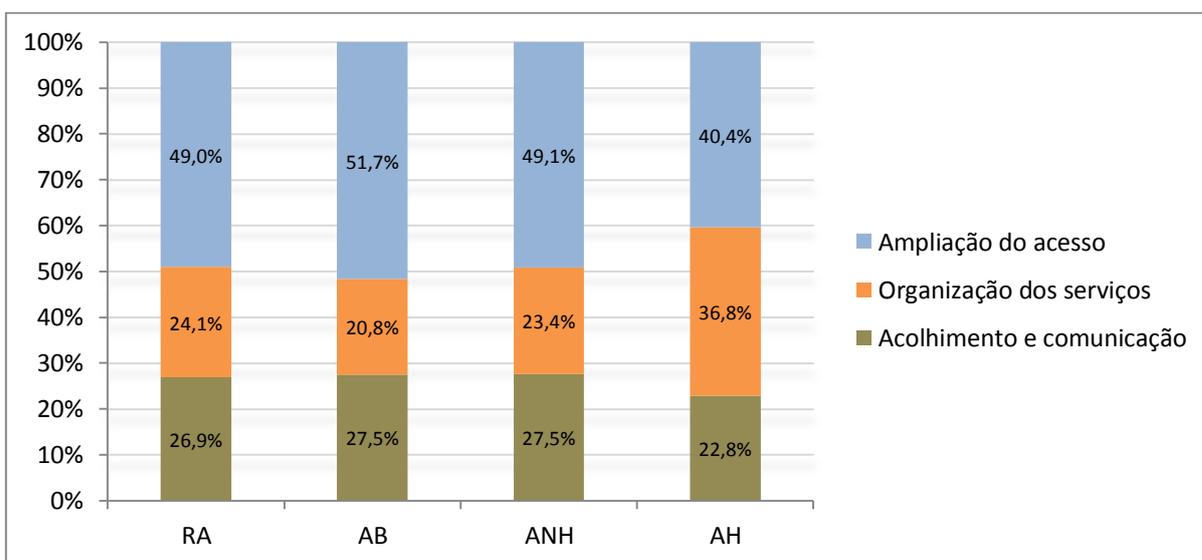


Figura 10 - Frequência de respostas das questões sobre a experiência e sugestões dos usuários, na rede assistencial (RA), na atenção básica (AB), no ambulatório especializado não hospitalar (ANH) e nos ambulatórios especializados hospitalares (AH), reunidos nas categorias: ampliação do acesso, organização dos serviços, acolhimento e comunicação.

Os usuários, sobretudo da atenção não hospitalar e da atenção básica, estavam descontentes com o tempo de espera entre a data em que se faz o agendamento e a data marcada para a consulta; 57 respostas do ANH e 54 da AB sugeriram diminuir o tempo entre o agendamento e a consulta (Apêndice 15).

“... as demoras das consultas variam de 30 a 60 dias, faz com que nos esqueçamos do dia e hora marcada, minha mãe precisou de uma consulta pelo pneumologista e disseram que ela seria chamada daqui a 3 meses”.¹

Os usuários da atenção básica foram os que mais manifestaram (22) descontentamento quanto ao tempo aguardado na sala de espera para consulta ou procedimento, seguido da atenção não hospitalar com 21 respostas e por último a atenção

¹ - Resposta à questão sobre experiências com o sistema público de saúde de usuário do atendimento não hospitalar

hospitalar (6) que também manifestou sugestões com maior rapidez nos atendimentos e no agendamento por horário, como relatado:

*“... mais consideração com o paciente, pois além de está doente ainda tem que esperar por horas para ser atendido... acho que não devia agendar todo mundo no mesmo horário”.*²

*“O serviço de saúde público hoje é muito ruim, principalmente quando se trata de urgência, já cheguei a ficar mais de 6 horas na unidade Cuiabá e não ser atendido. Tive que buscar auxílio pago”.*³

A necessidade de melhora na qualidade dos profissionais atendentes, na atenção não hospitalar, também é frequente: 23 depoimentos, 16 são relativos à atenção básica.

*“Na minha experiência há funcionários sem qualificação (educação, boa vontade, respeito, descaso e coisas do gênero...) tratando pessoas como lixo...”*⁴

*“... fui mal atendida por uma enfermeira que me deu uma má resposta, fiquei muito sentida fiquei 6 horas esperando o médico que fez a minha cirurgia me atender e com ele fui bem tratada”*⁵

A adequação do horário agendado, conforme as necessidades do usuário, aparece em maior número de vezes (17) nas respostas dos usuários da atenção básica.

*“conversando com o paciente para que possa, na medida do possível a consulta ser marcada em um dia que eu não tenha outra consulta em outro lugar”.*⁶

O aumento do número de profissionais na equipe foi mais sugerido pelos usuários em ordem decrescente de frequência na atenção básica (17), atendimento especializado não hospitalar (16) e por fim no atendimento hospitalar (2):

*“deve ter mais médicos em todas as unidades de saúde, cobrar mais nos cumprimentos de horários, oferecer-lhes melhores salários e completar quadros de funcionários de todas as áreas e de todas as unidades de saúde pública”.*⁷

A lembrança do usuário sobre a consulta ou procedimento agendado foi mais sugerida na atenção básica (8), seguida do atendimento especializado não hospitalar (7) e por último o hospitalar (3).

*“quando uma consulta é marcada num período longo, pode acontecer vários imprevistos, no meu ponto de vista, se possível, o ideal seria um dia antes a unidade nos contactar para confirmar a presença na consulta”.*⁸

² - Resposta à questão sobre experiências com o sistema público de saúde de usuário do atendimento não hospitalar.

³ - Resposta à questão sobre sugestões de usuário da atenção básica de saúde.

⁴ - Resposta à questão sobre experiências com o sistema público de saúde de usuário do atendimento não hospitalar.

⁵ - Resposta à questão sobre experiência com o sistema público de saúde de usuário do atendimento hospitalar.

⁶ - Resposta à questão sobre sugestões de usuário da atenção básica de saúde.

⁷ - Resposta à questão sobre sugestões de usuário da atenção não hospitalar.

⁸ - Resposta à questão sobre sugestões de usuário da atenção básica.

A melhoria na comunicação e na orientação aos pacientes com aumento do número de atendimentos e o funcionamento das unidades de saúde fora do horário comercial foram sugestões mais frequentes dos usuários da atenção básica (23). A possibilidade de agendamento por telefone com melhora da comunicação foi mais referida pelos usuários da atenção hospitalar (5). A marcação da consulta para um lugar próximo da residência do usuário, a adequação dos meios de transporte e a disponibilidade de fazer exames simples foram mais sugeridas, com maior frequência, pelos respondentes da atenção básica.

A melhoria no ambiente nas unidades com diminuição das faltas dos médicos e a possibilidade de agendamento na unidade direto com o usuário foram observações feitas com maior frequência por usuários da atenção básica e especializada não hospitalar.

O aviso sobre impossibilidade da realização do exame e consulta e a possibilidade de remarcar-los foram sugestões feitas por usuários do atendimento hospitalar.

As sugestões de implantar senhas para atendimento nas unidades e acompanhar os casos por telefone ou agentes de saúde foram feitas entre todos os respondentes, sem distinção do nível de atenção à saúde.

Dentre as sugestões e experiências dos usuários, houve um alto índice de respostas em que manifestaram estar satisfeitos com o *modus operandi* das consultas ou procedimentos (131), a atenção hospitalar foi a mais elogiada (53), seguida da atenção básica (45) e a atenção especializada não hospitalar (33).

“... nada para melhorar, está tudo ótimo”.⁹

“Minha experiência com o serviço de saúde é muito boa. Bons profissionais de saúde... melhor é impossível”.¹⁰

Por outro lado, 56 usuários manifestaram insatisfação com o *modus operandi* do sistema, atenção não hospitalar especializada, com 24 respostas, seguida da atenção básica (18) e por último, a atenção que menos trouxe desagrado aos usuários foi a hospitalar (14).

⁹ - Resposta à questão sobre sugestões de usuário do HC, atendimento hospitalar.

¹⁰ - Resposta à questão sobre experiências com o sistema de usuário do HE, atendimento hospitalar.

DISCUSSÃO

6 - DISCUSSÃO

O descompasso entre três fenômenos presentes na rede assistencial que serve ao município de Ribeirão Preto motivou a realização deste estudo: os resultados favoráveis das pesquisas de avaliação da rede de saúde ou dos seus componentes hospitalares conduzidos pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Ministério da Saúde (SÃO PAULO, 2012; NALON, 2012), as queixas frequentes da população em relação à insuficiência quantitativa e qualitativa de serviços com filas longas de espera para consultas e procedimentos (LUCERA, 2011; CNJ, 2011) e, paradoxalmente, as elevadas taxas de absenteísmo às consultas, aos retornos e aos procedimentos programados, apresentadas em relatórios de gestão dos serviços que compõem a rede de saúde avaliada.

Os estudiosos e os gestores mais críticos da rede assistencial que serviu de cenário para o estudo indicam que os recursos colocados à sua disposição pelo município, Estado e União estão acima da média estadual e nacional, mas, por outro lado, afirmam que a organização e a gestão da atenção básica e dos mecanismos de oferta dos serviços têm equívocos crônicos (SANTOS et al., 2003, LOPES et al., 2007, SANTOS et al., 2008, FERREIRA et al., 2010, PAULA et al., 2011, FERRI et al., 2012, SANTOS, 2012, NALON, 2012), o que se alinha à percepção da população e pode ter relação com as taxas elevadas de absenteísmo de 32,2% registradas nas consultas, nos retornos e nos procedimentos agendados, principalmente na atenção básica.

A variabilidade elevada nas taxas de absenteísmo verificadas neste trabalho, nos diferentes serviços da rede assistencial, é significativa (42,7%, na atenção básica e 17,0%, na atenção especializada hospitalar), ambas são elevadas e justificam o estudo de variáveis relacionadas à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde que podem estar associados à sistemática de agendamento, como ausência de avaliação prévia de risco e necessidades, ao tempo prolongado entre o agendamento e a consulta e às barreiras na interação do serviço com o usuário no processo do agendamento, dentre outras. Por outro lado, os fatores que influenciam o comportamento do usuário e não estão sob a governabilidade do sistema de saúde também precisam ser conhecidos para orientar eventuais sugestões.

As diferentes combinações com as palavras-chave “*absenteeism, medical consultation, primary care, ambulatory health care, hospital care, assistance network, health regulation and supervision of health services, emergency, Unified Health System*”

empregadas na base de dados *Pubmed/Medline*, no ano de 2012, assim como o emprego das palavras-chave “absenteísmo, agendamento de consultas, atenção básica, assistência ambulatorial, atenção hospitalar, rede assistencial, regulação e fiscalização em saúde, urgência, Sistema Único de Saúde” aplicadas nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde, no ano de 2012, praticamente não trazem contribuições para a literatura nacional e internacional sobre absenteísmo de usuários nas consultas e retornos, nos diferentes componentes da rede assistencial.

As contribuições, na maioria das vezes, são específicas e voltadas para grupos populacionais como crianças (THOMSON et al., 1977), algumas doenças como hipertensão arterial, onde a adesão do paciente é importante para o controle e os resultados do tratamento (SALA et al., 1993; SALA, et al., 1996), procedimentos, como cirurgias (PASCHOAL, GATTO, 2006) e serviços de saúde, como odontologia na atenção básica (MELO et al., 2011) e atenção básica e especializada (BENDER et al., 2010). Os métodos empregados nesses estudos são exploratórios, descritivos e qualiquantitativos, baseados na obtenção de dados por meio de entrevistas estruturadas ou semiestruturadas e posterior análise de conteúdo dos resultados, com inferência e interpretação (BARDIN, 2004).

No presente estudo, com o objetivo de reduzir as interferências do ambiente, onde se inclui a relação com pesquisador ou coletadores de informação, empregaram-se questionários estruturados enviados via postal em três remessas sucessivas, descontados os respondentes; um recurso pouco utilizado, no nosso meio, em pesquisas acadêmicas. O índice de respostas de 42,7% dos usuários, frente à busca dos motivos para as taxas elevadas de absenteísmo, pode ser considerado baixo se a população for díspar. Os índices de respostas menores que 60,0% são considerados baixos (ABRAHAM et al., 2006), mas o baixo índice de respostas só acrescenta viés aos dados obtidos se aqueles que responderam forem diferentes daqueles que não responderam (GROVES, 2006). Assim, 20,0% é um índice de respostas muito baixo e 80,0% é o padrão ideal; dessa forma, os índices de respostas obtidos estão numa área cinzenta de índices aceitáveis, desde que se faça comparação entre respondentes e não respondentes.

Neste estudo, fez-se uma tentativa de entrevistar por telefone alguns dos respondentes, mas sem sucesso devido a fatores como falta de disponibilidade dos sujeitos e número errado ou inválido de telefone. De fato, particularmente na comunidade estudada, cuja maior parte é formada por pessoas com nível básico e médio de escolaridade, pouco vínculo comunitário e que passam muito tempo fora de casa, esperam-se normalmente baixos índices de resposta às pesquisas (ABRAHAM et al., 2006). Para essas populações, o índice de

respostas do presente estudo (42,7%) pode ser considerado alto. Em casos onde o nível de respostas pode ser discutível, recomenda-se a comparação das características demográficas dos usuários entre subgrupos dos respondentes iniciais e dos respondentes tardios, e a aceitação dos níveis de resposta mediante características similares entre respondentes tardios e não respondentes (MILLER, SMITH, 1983).

A comparação entre respondentes tardios e não respondentes foi feita neste estudo e mostrou que eles são similares. Dessa maneira, ao se compararem respondentes tardios com respondentes iniciais, se a diferença entre os grupos não for significativa, pode-se dizer que o grupo de respondentes é representativo da população estudada, e inferências podem ser feitas sobre a população-alvo, e assim foi feito neste estudo. Outro cuidado importante foi assegurar-se de que a amostra projetada é equivalente à amostra efetiva (respondentes), o que foi constatado com base na comparação da idade e na discriminação por gênero.

As características demográficas da amostra efetiva, assim como na projetada, revelam maior predominância das mulheres entre os faltosos nas consultas agendadas, o que coincide com achados da pesquisa realizada em parte do cenário utilizado neste trabalho: a população de usuários das unidades de atenção básica do distrito sanitário tem maior frequência de mulheres tanto para consultas, quanto para acompanhantes de outras pessoas que têm horário agendado, reafirmando o papel de cuidadora, na sociedade (PEREIRA, 2008), bem como a maior frequência das mulheres aos serviços de saúde relacionados à promoção e prevenção de doenças (SENDINO et al., 2006; LADWIG et al., 2000) e pode ainda refletir aspectos sociais e culturais desenvolvidos com as políticas públicas voltadas ao gênero, especificamente, assim como para o binômio mãe-criança.

O estudo aponta os fatores relacionados ao agendamento das consultas, procedimentos e retornos que podem dificultar a adesão dos pacientes às ações programadas dos serviços públicos de saúde e podem servir de subsídios para o planejamento ou gestão desses serviços, bem como estimular o desenvolvimento de estratégias que aprimorem as relações entre sistema de saúde e os usuários. A inflexibilidade dos serviços e dos profissionais de saúde para fazer agendamento por hora e não por turno, bem como para compatibilizar o melhor dia e turno com a disponibilidade do usuário não foi a prática observada nos serviços frequentados pela amostra efetiva: em 58,5%, essa iniciativa para a primeira consulta não foi mencionada e mesmo nos retornos, onde já se estabeleceu um vínculo, apenas 52,5% dos usuários referem que houve tentativa por parte de quem faz o agendamento ajeitar o melhor dia e a melhor hora.

Os serviços estudados, na sua maioria, agendam todos os pacientes no início dos turnos, geralmente por volta das 7 h e 30 minutos ou das 14 horas, independente se a consulta ocorrerá às 12 ou 17 horas. A inflexibilidade para agendar por horário, compatibilizar dia e horário das consultas com a disponibilidade dos usuários, a demora entre o agendamento e o atendimento e a limitação significativa de acesso aos serviços por telefone (considerada ruim para 35,0% dos respondentes) (variação de 21,5% na AH a 41,5 na ANH) são fatores que além de referidos com frequência elevada pelos usuários faltosos, sobretudo nos serviços pré-hospitalares, também comprometem a percepção do paciente quanto à reputação dos profissionais de saúde e do serviço.

O agendamento ocorre predominantemente por meio do Complexo Regulador da Assistência (CR) para as primeiras consultas dos ambulatórios especializados, enquanto, na maioria das vezes, no próprio serviço de saúde para a atenção básica, onde o acesso via CR é desprezível. Os agendamentos feitos através de amigos influentes, mídia ou políticos felizmente são pouco utilizados. Por outro lado, a fragilidade no processo de agendamento aparece frente às eventuais dificuldades que possam ocorrer com o usuário entre o agendamento e a consulta, tais como piora da condição de saúde, melhora espontânea dos sintomas, impedimentos para comparecer à consulta, dentre outras.

Nessas circunstâncias, a busca de apoio para ajustar o agendamento foi direcionada a quem agendou em apenas 35,1% dos casos (variação de 32,7% na ANH a 40,9% na AH). Na sequência, os usuários acionaram médicos e enfermeiros; o auxílio de pessoas ou entidades fora do processo de agendamento, tais como conhecidos, políticos, mídia, dentre outros, foi elevado: 25,8% dos casos (variação de 20,4% na AB a 31,8% na AH).

As barreiras que dificultam o acesso revelam a distância existente entre a política de regulação do acesso (BRASIL, 2008) e de humanização (BRASIL, 2008_a) e as estratégias que estão disponíveis na realidade do dia a dia. Os médicos e os enfermeiros acionados para ajustar o agendamento, na maioria das vezes, são aqueles que atuam na assistência do serviço e, portanto, não têm acesso à oferta assistencial e a todas as possibilidades da rede assistencial, o que é prerrogativa dos médicos reguladores. Ademais, é inadmissível e constrangedor para o usuário ter de recorrer ao auxílio de pessoas ou entidades que estão fora do processo de agendamento para fazer os ajustes necessários e assim garantir o acesso.

As tecnologias para adequar o agendamento e racionalizar o acesso são leves e requerem pouco investimento, mesmo porque no cenário do estudo, o CR com os seus componentes eletivos e de urgência já estão estruturados há uma década (SANTOS et al.,

2003, LOPES et al., 2007, FERREIRA et al., 2010). As consultas agendadas via regulação, por telefone, permitem o primeiro contato do usuário com a unidade de saúde, sem a necessidade de deslocamento para marcar a consulta mediante conversa com recepcionistas que, em geral, são servidores administrativos e agendam de acordo com a disponibilidade física da oferta. Deve ser destacado que as Unidades Básicas, em geral, não fazem o acolhimento com avaliação de riscos e necessidades (BRASIL 2008a, SILVA et al., 2012) e, dessa forma, os agendamentos não são feitos com base na real necessidade do usuário.

O CR que conta com médicos e outros profissionais de saúde para identificar as necessidades do usuário por telefone ou a prática do acolhimento com avaliação de risco das necessidades e vulnerabilidades, sobretudo na atenção básica, pode ouvir o usuário e sua demanda com direcionamento para atendimento no momento e local mais adequados. A disposição para ouvir a demanda do usuário previamente pode evitar que este procure alternativas para resolver o seu problema, como a automedicação e o absenteísmo aos agendamentos, quando se tratar de consultas em que ele tenha de aguardar um pouco mais de tempo para ser atendido pessoalmente (SCHOLZE et al., 2006).

O emprego dos meios de comunicação, de acordo com a política e as estratégias de regulação e humanização, não serve apenas para fazer agendamentos, mas, principalmente para avaliar risco, necessidades e vulnerabilidades do paciente (BRASIL, 2008, BRASIL, 2008a, SANTOS, 2012). Assim, os médicos reguladores e outros profissionais de saúde, por meio de telefone, podem, de posse da avaliação da necessidade do paciente, prescrever orientações, definir qual o procedimento a ser adotado de imediato, fazer o agendamento e, eventualmente, alterar o procedimento agendado em função de necessidades clínicas ou pessoais do usuário (melhora ou piora dos sintomas) e eventuais intercorrências nos serviços (falta de equipamentos por danos, greves, dentre outros).

O tempo esperado entre o agendamento e a consulta tanto em primeiras consultas quanto em retornos, para a maioria dos faltosos, estava entre 16 e 90 dias, com maior frequência entre 31 e 60 dias de espera; na atenção básica e no ambulatório especializado não hospitalar, o tempo de espera ultrapassava 120 dias. Também merece destaque que a maioria dos pacientes de primeira consulta do ambulatório especializado não hospitalar tem espera entre 61 e 90 dias.

O tempo de espera prolongado, dentre outros fatores relacionados aos usuários e aos aspectos sociais, pode ter contribuído para que 109 pacientes (30,6%) procurassem, no período, outros serviços de saúde; a maioria (67,1%) foi a outro local no âmbito de serviço público, principalmente, quando estavam em atendimento hospitalar; 18,5% procuraram

atendimento particular, sobretudo quando estavam no atendimento pré-hospitalar, talvez pela necessidade de obter um diagnóstico mais definitivo ou uma segunda opinião e 14,4% procuraram atendimento nos planos de saúde, o que indica que uma parcela de usuários da saúde suplementar também utiliza a rede pública, sobretudo no momento da atenção hospitalar.

Nesse contexto, pode-se inferir que o absenteísmo às consultas e aos retornos agendados, seguido de busca de alternativas de assistência pelos faltosos no próprio serviço público de saúde, no nosso meio, possa estar associado à baixa produção de consultas médicas na atenção básica e à aglomeração nos serviços de urgência, principalmente, nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), onde o acesso é parcialmente ordenado pela Regulação de Urgência/ Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192). A maioria dos pacientes atendidos na UPA é admitida de forma espontânea e avaliação recente, ainda não divulgada, mostrando que 85,0% dos casos atendidos não se configuram como urgência e poderiam ser inicialmente manejados na atenção básica.

A experiência dos pacientes faltosos, tanto na primeira consulta quanto nos retornos dos diferentes componentes da rede assistencial estudados, é positiva com os profissionais que fazem a assistência à saúde e esta questão não aparece implicada nos motivos para o absenteísmo. Todavia, a insatisfação dos usuários com o acolhimento e com a comunicação dos profissionais administrativos que realizam o agendamento aparece relacionada entre os motivos para o absenteísmo. Esse fenômeno é tão conhecido quanto negligenciado, pois, na maioria dos serviços de saúde, a recepção não conta com profissionais capacitados para identificar de pronto os riscos, as necessidades orgânicas e subjetivas e as vulnerabilidades.

O impacto, da associação entre regulação do sistema pela Central de Regulação Médica de Urgências/SAMU/192 e acolhimento e comunicação supervisionado por assistentes sociais e psicólogos *in loco* em serviço hospitalar de urgência, já foi testado, em nosso meio, com reconhecimento da população em avaliação conduzida pelo Ministério da Saúde (SANTOS, 2012, SANTOS et al., 2003).

Os usuários faltosos às consultas apontaram deficiências pertinentes à organização dos serviços de saúde e ao acesso, mas na relação de 29 motivos alegados para justificar o absenteísmo e, por conveniência, agrupados em fatores relacionados ao sujeito, às questões sociais e relacionados à organização dos serviços, os motivos mais frequentemente referidos estão relacionados ao sujeito (Apêndice 14) e, dentre eles, os mais frequentes são a piora da saúde com procura de alternativa, seguida do desaparecimento do problema, esquecimento,

problemas de família e viagem. Esses achados indicam que o esperado exercício pleno da cidadania pode depender da implantação de estratégias por parte do sistema de saúde, tais como a regulação e a prática do acolhimento com avaliação de risco e comunicação, com vistas ao estabelecimento de relação mais responsável do usuário com os serviços.

Os motivos denominados, por conveniência, de natureza social e implicados no absenteísmo às consultas agendadas na rede de saúde decorreram da coincidência entre consulta e trabalho e das restrições com o transporte público. Dentre as 390 respostas obtidas para justificar as faltas às PCs e aos RTs agendados, 103 (26,4%) apontaram o trabalho no horário marcado para consulta, o que o torna o motivo registrado com maior frequência entre todas as respostas. A dependência do transporte do sistema público de saúde é referida por aproximadamente 60,0% daqueles atendidos nos ambulatórios hospitalares, o que reflete a distância entre domicílio e essas instituições de referência, bem como o nível de dependência socioeconômica da amostra efetiva.

A priorização do trabalho em relação à saúde pode ser motivada por razões de natureza socioeconômica como receio da perda do emprego, redução de oportunidades de progressão na carreira e redução do ganho, dentre outras, mas os aspectos culturais, como busca do serviço de saúde apenas quando está doente, ainda são muito fortes em nosso meio. Assim, em que pese o papel do mundo do trabalho e do capital na indução do desenvolvimento das políticas de saúde, em geral, e do próprio trabalhador, os usuários ainda não usufruem os benefícios da associação saúde e trabalho.

Há dois motivos, um dependente da organização dos serviços (demora entre o agendamento e a data da consulta ou retorno) e outro da decisão dos sujeitos (absenteísmo decorrente da mudança da condição clínica, incluindo piora ou melhora), que estão intrinsecamente relacionados e aparecem, com a mesma frequência de respostas (16,9%), na segunda posição das causas de absenteísmo.

A eventual restrição da oferta de serviços, associada à indisponibilidade das estratégias do acolhimento e avaliação de risco e ou da regulação médica com protocolos clínicos e de regulação da assistência para proporcionar compatibilização entre necessidade de atendimento e adequação do dia e hora da consulta, pode retardar a marcação das consultas e retornos e, assim, induzir o usuário que piorou a sua condição clínica a buscar alternativas de atendimento, provavelmente, na rede de urgências, ou simplesmente faltar à consulta frente à resolução espontânea do problema, o que é frequente na prática clínica.

As sociedades mais benevolentes poderiam incluir a mudança da condição clínica, como motivo a ser contabilizado nos fatores relacionados ao serviço e não ao sujeito, posto

que este pode ser vítima da falta de sensibilidade da rede assistencial para identificar as suas reais necessidades de atendimento no momento da busca por consulta ou que, como já foi destacado, o sistema de agendamento da rede assistencial não adota as estratégias previstas nas políticas públicas de acesso (regulação e humanização) e tem barreiras para escutá-lo frente às dificuldades no agendamento, como também já foi demonstrado, não deixa outra opção para o usuário. Todavia, como foi estabelecido um compromisso por meio de agenda pública entre Estado e cidadão e não houve notificação do serviço de saúde por parte do usuário da sua mudança de condição clínica para melhor ou pior, a compreensão é de que houve o livre arbítrio do sujeito, de forma unilateral, para tomar a decisão de faltar às consultas agendadas.

Os pacientes que moram mais longe são os que menos faltam às consultas (SMITH, YAWN, 1994), o que pode ser constatado neste estudo, onde a taxa de faltosos às consultas e aos retornos no atendimento hospitalar foi menor que na atenção básica, o que pode sugerir a identificação de necessidade mais definida para o usuário, pois embora os hospitais, em geral, tenham uma localização com mais dificuldade de acesso, é nesse nível que se tratam as doenças mais críticas e complexas e que demandam maior emprego de recursos humanos e tecnológicos.

A maior taxa de faltosos às consultas da atenção básica pode estar associada à natureza das suas ações, voltadas à promoção, à prevenção e ao tratamento das afecções mais simples e que demandam participação ativa e muitas vezes mudança de hábitos e comportamentos dos usuários, habitualmente pouco afeitos a essas prescrições. Ademais, a baixa prioridade dos governos em fortalecer a atenção básica, por meio da formação de profissionais especializados e da prestação de serviços resolutivos, tem contribuído para a falta de legitimidade desse nível de atenção junto à população. O distanciamento do modelo assistencial, que tem a atenção básica como porta de entrada, faz com que haja uma tendência à procura pelas urgências e emergências (PEREIRA, 2008). Dessa forma, o protagonismo esperado da atenção básica na coordenação do acesso, no nosso meio, ainda é uma meta a ser alcançada no longo prazo.

As sugestões apresentadas pelos usuários com base em experiências vividas ou relatadas que mais se destacam são aquelas relacionadas à ampliação do acesso à rede de saúde, seguida de acolhimento e organização dos serviços. Na categoria ampliação do acesso, o que mais aparecem são sugestões sobre a diminuição na espera entre o agendamento e a consulta e aumento do número de profissionais na equipe, o que se alinha a um dos motivos frequentes do absenteísmo. Na categoria de acolhimento e organização, aponta-se a

necessidade de agendamento por horário, o que é muito pertinente, não só para o usuário que se afastaria por menor tempo do trabalho, mas para o próprio serviço que evitaria a concentração dos pacientes em dois horários e garantiria assim um ambiente mais confortável. Na categoria acolhimento e comunicação, o que mais aparece são sugestões sobre a necessidade de melhorar a qualidade dos profissionais atendentes, o que coincide com avaliação do próprio SUS, na medida em que as Políticas de Humanização e de Regulação (BRASIL, 2008, BRASIL, 2008_a) tratam dessa interface com a previsão de estratégias já referidas.

A garantia do acesso às ações de saúde é fundamental, mas o compromisso e o respeito dos usuários com os recursos públicos postos à sua disposição é uma contrapartida que deve ser exigida. O absenteísmo às consultas agendadas implica em desperdício dos recursos humanos e materiais disponibilizados à população, visto que habitualmente outros usuários não serão atendidos no horário alocado ao faltoso.

Esses fatos tocam elementos de cidadania e do patrimonialismo. A cidadania consiste em direitos e deveres aos quais estamos todos sujeitos como membros de uma comunidade. No caso da saúde, o conceito se aplica aos direitos e deveres mútuos entre os prestadores do serviço e os consumidores do mesmo, os primeiros comprometidos com o trabalho honesto, e os segundos comprometidos com o bom uso desse trabalho. O patrimonialismo repousa sobre a confusão entre o público e o privado, uma característica predominante na cultura brasileira (PAULA, 2005). O poder e seus desdobramentos “pertenceriam”, assim, aos governantes, e não aos cidadãos que os sustentam com os impostos que pagam. Dessa maneira, distanciados do poder e da propriedade dos serviços públicos, faltar a eles significa desprezar os governantes, e não seu próprio patrimônio.

Além de melhorar a educação da população e desenvolver o conceito maior de cidadania, é necessário valorizar a percepção dos usuários quanto ao sistema de saúde e sua relevância no Brasil, onde ainda mais de 20,0% da população vive abaixo dos níveis de pobreza (IBGE, 2012), portanto em absoluta necessidade de tais serviços.

A pressão da sociedade civil aumenta em quase todos os países industrializados, fazendo com que o poder público tome decisões buscando a eficiência na alocação e no gerenciamento dos recursos públicos. O Banco Mundial em seu Relatório nº. 36601-BR (2007), que trata da Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos no Sistema Único de Saúde do Brasil, demonstra preocupação com a eficiência do gasto em saúde, enfatizando que a qualidade do gasto em saúde se caracteriza como o que proporciona o melhor resultado possível.

A importância de se analisar a eficiência nos gastos do setor público torna-se mais nítida onde os recursos públicos normalmente são insuficientes e na persistência da ineficiência, há o padecimento do cidadão. A mitigação do absenteísmo na assistência programada à saúde, uma das formas de melhorar a eficácia da prestação dos serviços públicos, ainda depende de políticas e estratégias voltadas ao exercício pleno da cidadania, com ênfase na contrapartida dos deveres dos usuários, à compatibilização dos direitos à saúde e ao trabalho e ao aperfeiçoamento do acesso aos serviços de saúde, sobretudo, na atenção pré-hospitalar.

CONCLUSÃO

7 – CONCLUSÃO

Com base na metodologia empregada para identificar os determinantes do absenteísmo às consultas e aos retornos da rede assistencial do Sistema Único de Saúde, pode-se concluir que os fatores de natureza social, com destaque para a coincidência do trabalho com a consulta, os fatores relacionados aos serviços de saúde, em especial a demora entre o dia do agendamento e da consulta e os fatores associados aos sujeitos, os quais faltam, principalmente, em função da mudança da condição clínica para pior ou melhor, concorrem de forma equivalente para as faltas dos usuários às consultas agendadas.

Dessa forma, a mitigação do absenteísmo na assistência programada à saúde depende de iniciativas distribuídas de forma equivalente nas dimensões social, do trabalho e dos serviços de saúde e pode ter êxito com a implementação de políticas e estratégias voltadas ao exercício pleno da cidadania, com ênfase na contrapartida dos deveres dos usuários, à compatibilização dos direitos à saúde e ao trabalho e ao aperfeiçoamento do acesso aos serviços de saúde, sobretudo, na atenção pré-hospitalar.

Assim, como recomendações preliminares para aperfeiçoar o acesso aos serviços de saúde, principalmente na atenção pré-hospitalar, ficam a implantação do acolhimento com avaliação de risco, as necessidades e vulnerabilidades na atenção básica e o fortalecimento da regulação da assistência para toda a rede assistencial, com atuação orientada por protocolos clínicos e regulatórios, sem prejuízo de outras ações mais específicas no universo do trabalho e das práticas de cidadania.

REFERÊNCIAS

8 – REFERÊNCIAS

ABRAHAM, K.G. et al. Nonresponse in the american time use survey: who is missing from the data and how much does it matter? **Public Opinion Quaterly**, Oxford, v. 70, n. 5, p. 676-703, 2006.

ARGOUD, J.J.B. **Absenteísmo às consultas agendadas e sua possível influência na qualidade da atenção prestada**. Porto Alegre, 2003. 17 p. Monografia (Especialização em Saúde Pública), Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004. 221 p.

BARRON, W.M. Failed appointments. Who misses them, why they are missed, and what can be done. **Primary Care**, Philadelphia, v. 7, n. 4, p. 563-574, Dec. 1980. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7010402?ordinalpos=1&itool=PPMCLayout.PPMCAppController.PPMCArticlePage.PPMCPubmedRA&linkpos=4>>. Acesso em: 28 Apr. 2010.

BENDER, A.S. et al. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Rev. Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v11n2/absent.pdf>>. Acesso em 09 jan. 2013.

BERTOLLI FILHO, C. **Epidemia e sociedade: a gripe espanhola no município de São Paulo**. São Paulo, 1986. 482 p. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

BORSOI, M.B. **Utilização dos serviços de saúde: faltosos às consultas de enfermagem no PSF Pitoresca no primeiro ano de funcionamento**. Porto Alegre, 2003. 15 p. Monografia de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal**. Brasília, Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 07 abr. 2010.

BRASIL. **Lei nº 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: Presidência da República, 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, jun. 2002. Seção 1, p. 36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual de implantação de complexos reguladores**. Brasília: Ministério da Saúde, julh. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, out. 2011.

CARRET, M.R.V. et al. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-28, Jan. 2009.

CELLA, E. **Absenteísmo as consultadas agendadas no PSF Pitoresca no primeiro ano de funcionamento**: gênero, idade e composição familiar. Porto Alegre, 2003. 16 p. Monografia de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

CHURCHIL JUNIOR, G.A. **Marketing research**: methodological foundations. 7th ed. Orlando: The Dryden Press, 1999. 1017 p.

COELHO, I.B. Os impasses do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 307-317, Març/abr. 2007.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Promotoria dá prazo para que HC elimine os impactos da greve**. São Paulo, 2011. Disponível em:
<<http://cnj.myclipp.inf.br/default.asp?smenu=ultimas&dtlh=181411&iABA=Not%EDcias&exp=>>.
Acesso em: 10 ago. 2011.

CRONBACH, L.J. **Fundamentos da testagem psicológica**. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 575

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212

CUNNINGHAM, P. **Nonurgent use of Hospital Emergency Departments**. Washington, DC: Center for Studying Health System Change, 2011.

DILLMAN, D.A. **Mail and telephone survey: the total design method**. New York: Wiley, 1978. 325

FERREIRA, J.B.F. et al. The regulatory complex for healthcare from the perspective of its operational players. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 345-358, 2010.

FERRI, S.M.N. et al. Protocolos clínicos e de regulação: Motivações para elaboração e uso. In SANTOS, J. S. et al. (Orgs.). **Protocolos Clínicos e de Regulação: acesso à rede de saúde**, Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap 2, p. 9-21.

FEUERWERKER, L.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, Set/dez. 2005.

FRAENKEL, J.R.; WALLEN, N.E. **How to design and evaluate research in education**. 3rd ed. New York: McGraw Hill, 1996. 602 p.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Casa de Oswaldo Cruz. **Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil (1832-1930)**. 2011. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>>. Acesso em: 19 set. 2011.

GATTINO, J. **Utilização dos serviços de saúde: faltosos por micro área e dias da semana no PSF Pitoresca no primeiro ano de funcionamento**. Porto Alegre, 2003. 13 p. Monografia de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

GRAÇA, L. **Absenteísmo global e específico: alguns problemas teórico-metodológicos**. 2003. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/IGraca/textos154.html>>. Acesso em: 06 abr. 2010.

GREENACRE, M. **Correspondence Analysis in Practice**. 2nd ed. New York: Chapman and Hall/CRC, 2007. 296 p.

GROVES, R.M. Nonresponse rates and nonresponse error in household surveys. **Public Opinion Quarterly**, Oxford, v. 70, n. 5, p. 646–675, 2006.

HENDERSON, R. Encouraging attendance at outpatient appointments: can we do more? 2008. **Scottish medical journal**, Edinburgh, v. 53, n. 1, p. 9-12, Feb. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18422203?ordinalpos=1&itool=PPMCLayout.PPMCAAppContoller.PPMCArticlePage.PPMCPubmedRA&linkpos=4>>. Acesso em: 28 Apr. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese dos indicadores sociais**. 2012. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindic sociais2012/default_tab_pdf.shtm>. Acesso em: 27 jan. 2013.

INDRIUNAS, L. **História da saúde pública no Brasil**. 2009. Disponível em: <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/autores-brasileiros.htm>>. Acesso em: 22 out. 2011.

KREJCIE, R.V.; MORGAN, D.W. Determining sample size for research activities. **Educational and Psychological Measurement**, Englewood Cliff, v. 30, n. 3, p. 607-610, 1970.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LADWIG K.H. et al. Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. **Eur J Epidemiol**, Roterdã, v. 16, n. 6, p. 511-8, Jun. 2000.

LOPES S.L. et al. The implementation of the Medical Regulation Office and Mobile Emergency Attendance System and its impact on the gravity profile of non-traumatic afflictions treated in a University Hospital: a research study. **BMC Health Serv Res**, v. 7, p. 173, 2007.

LOVALHO, A.F. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 160-171, 2004.

LUCERA, M. Fila para consulta dura até 5 meses em Ribeirão Preto. **A Cidade**, 01 nov. 2011. Disponível em: <<http://www.jornalacidade.com.br/editorias/cidades/2011/11/01/fila-para-consulta-dura-ate-5-meses-em-ribeirao-preto.html>>. Acesso em: 07 nov. 2011.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 519 p.

MAYO, G.E.; DONHAM, W.B. **The social problems of an industrial civilisation**. Boston, Harvard Business School, 1945. 150 p.

MARTINS, G.A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v. 8, n. 20, p. 1-12, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://200.169.97.104/seer/index.php/RBGN/article/viewFile/51/44>>. Acesso em: 29 set. 2011.

MELO, A.C.B.V. et al. Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: Desvelando o Absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, João Pessoa-PB, v. 15, n. 3, p. 309-318, Dez. 2011.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MILLER, L.E.; SMITH, K.L. Handling non response issues. **Journal of Extension**, West Lafayette, v. 21, n. 5, p. 45-50, Sept./oct. 1983.

MONTEIRO, C.; INDRIUNAS, L. **Como funciona o SUS – Sistema Único de Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/sus.htm>>. Acesso em: 08 out. 2011.

NALON, T. **De 0 a 10, índice do governo dá nota 5,4 à saúde pública no Brasil**. 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2012/03/de-0-10-indice-do-governo-da-nota-54-saude-publica-no-brasil.html>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

NEVES, L.R. Estado, saúde e política: uma análise da história da saúde pública brasileira com interface no conceito de biopolítica. In: **Encontro Nacional da Abrapso**, 15. 2009, Maceió. Disponível:<http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/20.%20mesa%20redonda%20-%20estado%20e%20sa%20DAde%20p%20DAblica%20brasileira.pdf> Acesso em: 22 out. 2010.

NGUYEN, G.C. et al. Patient trust-in-physician and race are predictors of adherence to medical management in inflammatory bowel disease. **Inflammatory bowel diseases**, New York, v. 15, n. 8, p. 1233-1239, Aug. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19177509>>. Acesso em: 28 abr. 2010.

NUNES, E.D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-64, 2000.

O'DWYER, G.O. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010.

OLIVEIRA, L.H. et al. Cidadãos peregrinos: os usuários do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, 2009.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1819-1829, 2007.

PASCHOAL, M.L.H.; GATTO, M.A.F. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absentéismo do paciente à cirurgia programada. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 48-53, Jan/fev. 2006. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 23 jan. 2013.

PAULA, A.P.P. **Por uma nova gestão pública:** limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005. 201 p.

PAULA, J.S. et al. Clinical and regulatory protocols for the management of impaired vision in the public health care network. **Arq Bras Oftalmol.**, São Paulo, v. 74, n.3, p. 175-9, 2011.

PEREIRA, M.J.B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto.** Ribeirão Preto, 2008. 206 p. Tese de Livre Docência – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

POLIGNANO, M.V. **História das políticas de saúde no Brasil** – uma pequena revisão. 2001. Disponível em: <www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf>. Acesso em: 19 set. 2011.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde: 2005-2008.** Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/plano05-08.pdf>> . Acesso em 22 ago. 2011.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde: 2010-2013.** Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/pms-rp-2010-2013.pdf>>. Acesso em 22 ago. 2011.

SALA, A. et al. Avaliação do processo de atendimento a pacientes portadores de doença crônico-degenerativa em uma unidade básica de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 463-471, 1993.

SALA, A. et al. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 161-167, 1996.

SANTOS, J.S. et al. **Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotado como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização da medicina.** *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 36, n. 3/4, p. 498-515, Abr/dez. 2003.

SANTOS, J.S. et al. Clinical and regulatory protocol for the treatment of jaundice in adults and elderly subjects: a support for the health care network and regulatory system. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 23 supl. 1, p. 133-142, 2008.

SANTOS, J.S. et al. Cirurgia ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 3, p. 270-282, 2008a.

SANTOS, J.S. Protocolo para acesso aos Serviços do Sistema Único de Saúde. In: SANTOS, J. S., et al. (Orgs.). **Protocolos clínicos e de regulação:** acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 1, p. 3-7.

SÃO PAULO (Estado). **Hospital de Ribeirão Preto é o mais bem avaliado pelos pacientes no Estado.** 'Provão do SUS' coloca Hospital Estadual de Ribeirão Preto em primeiro lugar. 2012. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=208189>>. Acesso em: 1 fev.2012.

SCHOLZE, A.S. et al. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de Equipes de saúde da família. **Revista Espaço Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 7-12, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude>>. Acesso em: 08 jan. 2013.

SENDINO, A.R. et al. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. **BMC Public Health.**, v. 6, n. 1, p. 155, 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-6-155.pdf>> Acesso em: 09 jan. 2013.

SILVA, M.A.I. et al. Protocolo para acolhimento com avaliação de risco, necessidades e vulnerabilidades. In SANTOS, J. S., et al. (Orgs.). **Protocolos Clínicos e de Regulação:** acesso à rede de saúde, Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 3, p. 23-48.

SILVEIRA, S.S. O direito fundamental à saúde: o acesso a medicamentos no SUS e a ação civil pública como instrumento de proteção dessa garantia. **Revista Paradigma – Ciências Jurídicas**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p. 225-233, Jul/dez. 2009.

SMITH, C.M.; YAWN, B.P. Factors associated with appointment keeping in a family practice residency clinic. **The Journal of family practice**, New York, v. 38, n. 1, p. 25-29, Jan. 1994. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8289047>>. Acesso em: 28 abr. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2004. 726 p.

THOMSON, Z. et al. A influência do correio na incidência de faltosos em um serviço de puericultura. **Rev. Bras. Pesqui. Med. Biol.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 421-426, 1977.

TSAI, J.C.H. et al. Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: patient preference and Emergency Department convenience. **J. Formos. Med. Assoc.** Taipei – Taiwan, v. 109, n. 7, p. 533-542, 2010.

WEBER, C.A.T. **Entre a cruz e a espada:** quando o médico do SUS é levado aos tribunais. Porto Alegre: AGE, 2007. 71p.

WONG, V.K. et al. Factors associated with patient absenteeism for scheduled endoscopy. **World Journal of Gastroenterology**, Beijing, v. 15, n. 23, p. 2882-2886, 2009.

WOZTOWICZ, J.M. et al. Patient adherence with emergency department referral to a cardiovascular evaluation and risk assessment clinic. **Calgary Journal of Emergency Medicine (CJEM)**, Alberta – Canadá, v. 10, n. 16, p. 511-517, 2008.

APÊNDICES

9 – APÊNDICE

Apêndice 1

RELAÇÃO DOS PESQUISADORES

Pesquisadores	E-mail
Renata Pereira Silveira (mestranda)	renata-psico@usp.br
Prof. Dr. José Sebastião dos Santos (orientador)	jsdsanto@fmrp.usp.br
Dra. Ana Kazan (colaboradora)	kazan.1@osu.edu
Maria Cristina A. Francelin (colaboradora)	crisaielo@yahoo.com.br

Apêndice 2

TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: DETERMINANTES DO ABSENTEÍSMO NAS CONSULTAS AGENDADAS PARA A REDE ASSISTENCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário da pesquisa acima citada. O documento abaixo assinado contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa. Sua colaboração é de muita importância para este estudo.

Eu....., abaixo assinado, concordo de livre e espontânea vontade em participar do estudo “DETERMINANTES DO ABSENTEÍSMO NAS CONSULTAS AGENDADAS PARA A REDE ASSISTENCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”, e esclareço que obtive todas as informações.

Estou ciente de que:

- I- O estudo é importante para descobrir as causas das faltas dos usuários dos serviços de saúde pública às consultas ou aos procedimentos agendados nas unidades de saúde e hospitais;
- II- Tenho a garantia de receber respostas a quaisquer perguntas sobre procedimentos, riscos e benefícios com a pesquisa, mesmo que essa possa afetar a minha vontade de continuar participando.
- III- Responderei a um questionário que não influenciará no meu tratamento na rede pública de saúde.
- IV- Concordo que os resultados obtidos com a pesquisa sejam divulgados em publicações científicas.
- V- Não serei identificado(a) nesta pesquisa e que será mantido o caráter confidencial (sigilo) das informações relacionadas à minha privacidade.
- VI- Caso eu desejar, poderei tomar conhecimento dos resultados, ao final da pesquisa.
- VII- Tenho a liberdade de desistir ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, tendo consciência de que isto não trará prejuízos à continuidade do meu tratamento na rede.

Ribeirão Preto, de 2011.



Assinatura do Entrevistado

Renata Pereira Silveira
Pesquisadora

Apêndice 3

CARTÃO-POSTAL 1

PRECISAMOS DE SUA OPINIÃO!

Você foi selecionado (a) para fazer parte de uma **pesquisa** da **FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP** sobre os serviços prestados na **REDE PÚBLICA DE SAÚDE**.



Em breve você receberá em sua casa um envelope. Por favor, receba-o com carinho. Embora você não seja obrigado(a) a participar da pesquisa, **SUA OPINIÃO PODE MELHORAR O ATENDIMENTO DE SAÚDE PARA VOCÊ, SUA FAMÍLIA E A COMUNIDADE.**

Faça a diferença.

POR FAVOR, PARTICIPE!

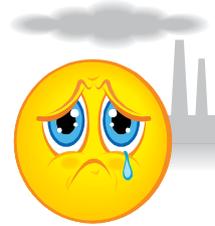
Apêndice 4

CARTÃO-POSTAL 2

SERÁ QUE VOCÊ SE ESQUECEU DE MIM?

Lembra-se da minha **pesquisa**?

Sou a Renata. Eu lhe enviei um envelope com **questionário**,
prontinho para ser preenchido. Tem até **envelope com selo**.
É só **pôr no correio** com sua resposta!



Sua opinião vai ajudar a FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO - USP a **melhorar** os serviços prestados na **REDE
PÚBLICA DE SAÚDE**.

Por favor, complete o questionário! **PARTICIPE!**

Estou esperando sua resposta.

Faça a diferença.

Apêndice 5

CARTÃO-POSTAL 3

ONDE VOCÊ ESTIVER NÃO SE ESQUEÇA DE MIM

A Renata e sua **pesquisa**

Querem apenas estar no seu pensamento

Por um momento pensar que você pensa em nós

Se resta, em sua lembrança, um pouco do muito que eu te pedi

Lembre-se do meu **questionário**, prontinho para ser preenchido

Até **envelope com selo** eu mandei!

É só **pôr no correio** com sua resposta!



O que quer que você ache, sua opinião vai ajudar a FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP a **melhorar** os serviços prestados na **REDE PÚBLICA DE SAÚDE**.

Por favor, **NÃO SE ESQUEÇA DE MIM!** Complete o questionário!

Estou esperando sua resposta... de onde estiver!

Faça a diferença.

PARTICIPE!

Apêndice 6

CARTA AOS SUJEITOS DO ESTUDO 1



PRECISO DE SUA OPINIÃO!

Olá!

Meu nome é **Renata Pereira Silveira**. Sou uma pesquisadora da **Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP**.

Você deve ter recebido meu cartão-postal, avisando da pesquisa para a qual você foi selecionado (a), juntamente com outras centenas de pessoas.

Aqui está o seu pacote com: o questionário, um envelope com selo e já endereçado, e o Termo de Consentimento.

Queremos saber os motivos pelos quais pacientes faltam às consultas agendadas no Serviço de Saúde de Ribeirão Preto, para avaliarmos onde falhamos e melhorarmos no que pudermos.

Você não é obrigado (a) a participar desta pesquisa. Se escolher não participar, por favor, apenas devolva todo esse material no envelope já selado e endereçado a nós.

Participando, você vai nos ajudar a melhorar os serviços de saúde de Ribeirão Preto, beneficiando não apenas você e sua família, mas também toda a cidade e região.

Por favor, faça o seguinte:

- (1) Preencha o questionário
- (2) Pegue a folha **amarela** (Termo de Consentimento), assine na linha apontada pela flecha
- (3) Coloque tudo no envelope já com selo, que está endereçado ao HC
- (4) Não se esqueça de fechar o envelope tirando a fita do adesivo
- (5) Coloque em qualquer caixa de correio



Seu nome **JAMAIS** será associado às suas respostas. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em **números totais**, e as opiniões escritas não o (a) identificarão.

Caso você tenha qualquer dúvida, fique à vontade para me ligar no celular (16) 8147-8037 ou enviar mensagem para renata-psico@hotmail.com

Conto com sua ajuda!

Por favor, não deixe de responder ao questionário e enviá-lo de volta para mim no envelope que está prontinho para ir para a Caixa do Correio.

MUITO OBRIGADA!



Apêndice 7

CARTA AOS SUJEITOS DO ESTUDO 2

VAMOS MELHORAR O SUS!

Olá!

Meu nome é **Renata Pereira Silveira**. Sou uma pesquisadora da **Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP**.

Você foi selecionado(a), juntamente com outras centenas de pessoas, para participar de uma pesquisa sobre os serviços do SUS.

Há alguns dias você deve ter recebido meu envelope, contendo questionário, um envelope de resposta já endereçado e selado, e um Termo de Consentimento em participar desta pesquisa.

Como não recebi ainda sua resposta, venho novamente pedir sua colaboração, para que todos juntos possamos melhorar os serviços do SUS. Especificamente, nesta pesquisa, queremos saber por que motivo os pacientes faltam a suas consultas no SUS. Quem sabe é alguma coisa que pode ser melhorada no atendimento?

Se escolher não participar da pesquisa, por favor, apenas **devolva** todo esse material no envelope selado.

Mas se escolher me ajudar, suas opiniões podem melhorar os serviços de saúde de Ribeirão Preto, beneficiando não apenas você e sua família, mas também toda a cidade e região.

Nesse caso, por favor, não se esqueça de assinar o Termo de Consentimento anexo (**folha amarela**) na linha apontada pela flecha, e inclua essa folha **amarela** assinada, junto com a pesquisa preenchida, no envelope anexo.



Seu nome **JAMAIS** será associado às suas respostas. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em **números totais**, e as opiniões escritas não o(a) identificarão.

Fique à vontade para falar comigo se tiver qualquer dúvida, no celular (16) 8147-8037, ou por e-mail renata-psico@hotmail.com.

Conto com sua ajuda!

Por favor, não deixe de responder ao questionário e enviá-lo de volta para mim no **envelope prontinho** para ir para a Caixa do Correio.

Muito obrigada!



Apêndice 8

CARTA AOS SUJEITOS DO ESTUDO 3



VAMOS MELHORAR O SUS!

Você deve se lembrar de mim!

Sou a **Renata Pereira Silveira**, pesquisadora da **Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP**.

Já lhe mandei esse mesmo convite duas vezes para participar da minha pesquisa.

Como ainda não recebi sua resposta, venho

- agora pela última vez -

pedir sua colaboração, para que possamos melhorar os serviços do SUS. Queremos saber por que pacientes faltam a consultas no SUS. Quem sabe é alguma coisa que pode ser melhorada no atendimento?

Se não quiser mesmo participar da pesquisa, por favor, apenas **devolva** todo esse material usando o envelope selado.

Mas gostaria que você escolhesse me ajudar!

Suas opiniões podem melhorar os serviços de saúde de Ribeirão Preto, beneficiando você, sua família, e também toda a cidade e região.

Não se esqueça de assinar o termo de consentimento (**folha amarela**) e enviá-lo junto com o questionário preenchido.

Seu nome **JAMAIS** será conhecido. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em **números totais**, e as opiniões escritas não terão nomes.

Fique à vontade para falar comigo, se tiver qualquer dúvida, no celular (16) 8147-8037, ou por e-mail renata-psico@hotmail.com.

Conto com sua ajuda!

Use o **envelope selado**, prontinho para ir para a Caixa do Correio.



MUITO OBRIGADA!

Caso já tenha respondido, favor desconsiderar esta correspondência.

Apêndice 9

INSTRUMENTO GRUPO 1 – Primeira Consulta nas Unidades

Você tinha um (a) consulta /exame /cirurgia marcada (o) para o dia _____ no (a) _____ e não pode comparecer. Gostaríamos de saber qual foi o motivo da sua ausência, a fim de melhorarmos o agendamento de consultas, exames e cirurgias no sistema de saúde. Os pesquisadores assumem o compromisso de não revelar a sua identidade. Por favor, responda as perguntas a seguir.

1. COMO FOI MARCADA essa consulta/exame/cirurgia?
 Por TELEFONE Através de AMIGOS influentes
 Na UNIDADE de saúde Através de POLÍTICOS
 No HOSPITAL Com o apoio da MÍDIA
 Através de conhecidos que trabalham na área da saúde
 Outra forma: QUAL? _____
2. A PESSOA QUE MARCOU a sua consulta/exame/cirurgia TENTOU AJEITAR o melhor dia e hora para você?
 SIM NÃO
3. Quantos DIAS aproximadamente ESPEROU entre a MARCAÇÃO e a CONSULTA/EXAME/CIRURGIA? _____ dias
4. Quando sua consulta/exame/cirurgia foi marcada, você foi:
 RAPIDAMENTE atendido (a)
 ESPEROU UM POUCO para ser atendido (a)
 ESPEROU BASTANTE para ser atendido (a)
5. Por que você faltou?
 Muita DEMORA entre o dia que fui marcar e o dia da consulta
 O problema de saúde DESAPARECEU
 Estava TRABALHANDO
 Ouvi dizer que o PROFISSIONAL não era bom
 Ouvi dizer que o SERVIÇO não era bom
 Não tinha meio de TRANSPORTE para chegar no local
 PIOREI e precisei ir a outro local antes
 Outro motivo: _____

6. Você tem CARTÃO onde são marcadas as consultas?

NÃO SIM

6 a. O dia da consulta estava ANOTADO no cartão?

SIM NÃO

7. Caso tenha procurado OUTRO ATENDIMENTO ANTES da data marcada para esta consulta/exame/cirurgia na qual faltou, por favor, RESPONDA:
 Foi outra unidade do serviço público. Qual? _____
 Serviço particular
 Plano de saúde
8. Caso tenha procurado OUTRO atendimento, porque procurou?

Se você conhece o LOCAL para onde havia sido marcada a CONSULTA/EXAME/CIRURGIA, faça um X no número que indica sua resposta

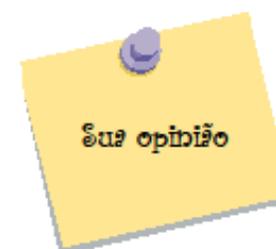
Faça um X no número que indica sua resposta					
	Muito Ruim	Ruim	Neutro	Bom	Muito Bom
	1	2	3	4	5
9. Comunicação: É fácil falar com eles por telefone?	1	2	3	4	5
10. Acesso – É fácil de achar o local?	1	2	3	4	5
11. Limpeza - O lugar é limpo, higiênico?	1	2	3	4	5
12. Você recomendaria esse serviço para parentes e amigos?	1	2	3	4	5

SOBRE VOCÊ

13. Grau de instrução: Fundamental Médio/Técnico Superior
14. Profissão em que trabalha _____
15. Qual o PERÍODO em que trabalha:
 Manhã Tarde Noite

16. Como poderíamos melhorar A MARCAÇÃO de consultas, exames e cirurgias para **REDUZIR AS FALTAS?**

17. Fique à vontade para escrever o que quiser neste espaço sobre sua experiência com os serviços de saúde:



U

SUA OPINIÃO É IMPORTANTE PARA NÓS!

A Faculdade de Medicina da **USP RIBEIRÃO PRETO** está fazendo essa pesquisa com a finalidade de melhorar o aproveitamento dos serviços de saúde oferecidos em Ribeirão Preto.

PRECISAMOS DO SEU RETORNO!

Por favor, responda às perguntas deste folheto, coloque no envelope anexo, que já está selado e endereçado à USP, e ponha numa caixa de correio.



Muito obrigado!

Apêndice 10

INSTRUMENTO GRUPO 2 – Primeira Consulta nos Hospitais e UBDS Sumarezinho

Você tinha um (a) consulta /exame /cirurgia marcada (o) para o dia _____ no (a) _____ e não pode comparecer. Gostaríamos de saber qual foi o motivo da sua ausência, a fim de melhorarmos o agendamento de consultas, exames e cirurgias no sistema de saúde. Os pesquisadores assumem o compromisso de não revelar a sua identidade. Por favor, responda as perguntas a seguir.

1. Caso seu horário tenha sido marcado pela CENTRAL DE AGENDAMENTO, você foi informado(a) da data da consulta?
 SIM NÃO
2. A PESSOA QUE MARCOU a sua consulta/exame/cirurgia, TENTOU AJEITAR o melhor dia e hora para você?
 SIM NÃO
3. Quantos DIAS aproximadamente ESPEROU entre a MARCAÇÃO e a CONSULTA /EXAME/CIRURGIA? _____ dias
4. Quando sua consulta/exame/cirurgia foi marcada, você foi:
 RAPIDAMENTE atendido (a)
 ESPEROU UM POUCO para ser atendido (a)
 ESPEROU BASTANTE para ser atendido (a)
5. Por que você faltou?
 Muita DEMORA entre o dia que fui marcar e o dia da consulta
 O problema de saúde DESAPARECEU
 Estava TRABALHANDO
 Ouvi dizer que o PROFISSIONAL não era bom
 Ouvi dizer que o SERVIÇO não era bom
 Não tinha meio de TRANSPORTE para chegar no local
 PIOREI e precisei ir a outro local antes
 Outro motivo: _____
6. Você tem CARTÃO onde são marcadas as consultas?
 NÃO SIM
 6 a. O dia da consulta estava ANOTADO no cartão?
 SIM NÃO
7. Caso tenha procurado OUTRO ATENDIMENTO ANTES da data marcada para esta consulta/exame/cirurgia na qual faltou, por favor, RESPONDA:
 Foi outra unidade do serviço público. Qual? _____
 Serviço particular
 Plano de saúde

8. Caso tenha procurado OUTRO atendimento, porque procurou?

Se você conhece o LOCAL para onde havia sido marcada a CONSULTA/ EXAME/CIRURGIA, faça um X no número que indica sua resposta

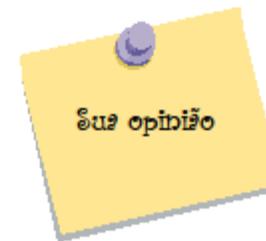
Faça um X no número que indica sua resposta	☹		☺		☺	
	Muito Ruim	Ruim	Neutro	Bom	Muito Bom	
	1	2	3	4	5	
9. Comunicação: É fácil falar com eles por telefone?	1	2	3	4	5	
10. Acesso – É fácil de achar o local?	1	2	3	4	5	
11. Limpeza - O lugar é limpo, higiênico?	1	2	3	4	5	
12. Você recomendaria esse serviço para parentes e amigos?	1	2	3	4	5	

SOBRE VOCÊ

13. Grau de instrução: Fundamental Médio/Técnico Superior
14. Profissão em que trabalha _____
15. Qual o PERÍODO em que trabalha:
 Manhã Tarde Noite

16. Como poderíamos melhorar A MARCAÇÃO de consultas, exames e cirurgias para REDUZIR AS FALTAS?

17. Fique à vontade para escrever o que quiser neste espaço sobre sua experiência com o serviço de saúde:



H

SUA OPINIÃO É IMPORTANTE PARA NÓS!

A Faculdade de Medicina da USP RIBEIRÃO PRETO está fazendo essa pesquisa com a finalidade de melhorar o aproveitamento dos serviços de saúde oferecidos em Ribeirão Preto.

PRECISAMOS DO SEU RETORNO!

Por favor, responda às perguntas deste folheto, coloque no envelope anexo, que já está selado e endereçado à USP, e ponha numa caixa de correio.



Muito obrigado!

Apêndice 11

INSTRUMENTO GRUPO 3 – Retorno nas unidades e hospitais

Você tinha um (a) consulta /exame /cirurgia marcada (o) para o dia _____ no (a) _____ e não pode comparecer. Gostaríamos de saber qual foi o motivo da sua falta, a fim de melhorarmos a marcação de consultas, exames e cirurgias no sistema de saúde. Os pesquisadores assumem o compromisso de não revelar a sua identidade. Por favor, responda as perguntas a seguir.

1. COMO FOI MARCADA essa consulta/exame/cirurgia?

- Por TELEFONE
 Na UNIDADE de saúde
 No HOSPITAL
 Outra forma: QUAL? _____

2. A PESSOA QUE MARCOU a sua consulta/exame/cirurgia TENTOU AJEITAR o melhor dia e hora para você?

- SIM NÃO

3. Quantos DIAS aproximadamente ESPEROU entre a MARCAÇÃO e a CONSULTA/EXAME/CIRURGIA? _____ dias

4. Quando sua consulta/exame/cirurgia foi marcada, você foi:

- RAPIDAMENTE atendido (a)
 ESPEROU UM POUCO para ser atendido (a)
 ESPEROU BASTANTE para ser atendido (a)

5. Por que você faltou?

- Muita DEMORA entre o dia que fui marcar e o dia da consulta
 O problema de saúde DESAPARECEU
 Estava TRABALHANDO
 Ouvi dizer que o PROFISSIONAL não era bom
 Ouvi dizer que o SERVIÇO não era bom
 Não tinha meio de TRANSPORTE para chegar no local
 PIOREI e precisei ir a outro local antes
 Outro motivo: _____

6. Você tem CARTÃO onde são marcadas as consultas?

- NÃO SIM

6 a. O dia da consulta estava ANOTADO no cartão?

- SIM NÃO

7. Caso tenha procurado OUTRO ATENDIMENTO ANTES da data marcada para esta consulta na qual faltou, por favor, RESPONDA:

- Foi outra unidade do serviço público. Qual? _____
 Serviço particular
 Plano de saúde

8. Caso tenha procurado OUTRO atendimento, porque procurou?

Se você conhece o LOCAL para onde havia sido marcada a CONSULTA/EXAME/CIRURGIA, faça um X no número que indica sua resposta.

Faça um X no número que indica sua resposta	☹		☺		☺	
	Muito Ruim	Ruim	Neutro	Bom	Muito Bom	Bom
	1	2	3	4	5	
9. Comunicação: É fácil falar com eles por telefone?	1	2	3	4	5	
10. Acesso – É fácil de achar o local?	1	2	3	4	5	
11. Limpeza - O lugar é limpo, higiênico?	1	2	3	4	5	
12. Você recomendaria esse serviço para parentes e amigos?	1	2	3	4	5	

13. Se você já teve algum problema nas unidades, hospitais ou na rede de saúde pública em geral, a quem você recorreu?

- Ao médico A conhecidos que trabalham na área da saúde
 A(o) recepcionista À mídia
 A políticos A(o) enfermeira
 À pessoa com quem inicialmente agendou
 Outra: QUAL? _____

14. CASO TENHA ESPERADO para ser atendido (a), em uma visita anterior, tinha LUGAR suficiente para você sentar?

- SIM NÃO

15. Caso já tenha estado no local, COMO VOCÊ FOI para o atendimento?

- Ônibus
 Veículo próprio
 Transporte da Prefeitura
 Outro (Explicar)

Se você teve experiência com algum **PROFISSIONAL DE SAÚDE** deste local

Indique de qual profissional você vai falar:

Médico Enfermeiro(a) Dentista Outro _____

Faça um X no número que indica sua resposta

					
	Muito Ruim	Ruim	Neutro	Bom	Muito Bom
	1	2	3	4	5
16. A fama do profissional de saúde que o (a) atendeu	1	2	3	4	5
17. Você teve tempo suficiente para explicar sua queixa ao profissional de saúde?	1	2	3	4	5
18. O profissional de saúde explicou seu problema de maneira que você entendesse	1	2	3	4	5
19. Você entendeu bem as instruções sobre sua medicação	1	2	3	4	5
20. Você entendeu bem as instruções sobre seu tratamento	1	2	3	4	5
21. Que NOTA daria para o profissional de saúde que o (a) atendeu?	1	2	3	4	5

SOBRE VOCÊ

22. Grau de instrução: Fundamental Médio/Técnico Superior

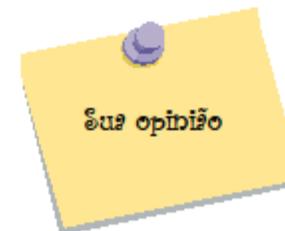
23. Profissão em que trabalha _____

24. Qual o PERÍODO em que trabalha:

Manhã Tarde Noite

25. Como poderíamos melhorar A MARCAÇÃO DE CONSULTAS, EXAMES E CIRURGIAS PARA REDUZIR AS FALTAS?

26. Fique à vontade para escrever o que quiser neste espaço sobre sua experiência com os serviços de saúde:



R

SUA OPINIÃO É IMPORTANTE PARA NÓS!

A Faculdade de Medicina da **USP RIBEIRÃO PRETO** está fazendo essa pesquisa com a finalidade de melhorar o aproveitamento dos serviços de saúde oferecidos em Ribeirão Preto.

PRECISAMOS DO SEU RETORNO!

Por favor, responda às perguntas deste folheto, coloque no envelope anexo, que já está selado e endereçado à USP, e ponha numa caixa de correio.



Muito obrigado!

Apêndice 12**Sujeitos participantes do painel de especialistas**

Indivíduos	Profissão
Ana Beatriz Degani Angerami	Fisioterapeuta no Centro de Referência da Saúde do Trabalhador (CEREST)
Dr. Antonio Nassar	Médico do Trabalho (CEREST)
Idavir de Freitas Trebiem	Psicóloga no PAM II
Dra. Maria José Bistaffa Pereira	Docente Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Dra. Marta Angelica Iossi	Docente Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Dr. Nelio Augusto Mesquita Domingos	Médico da Secretaria Municipal de Saúde - PMRP
Dra. Telma Vendrusculo	Docente da Universidade de Ribeirão Preto e Assistente Social da Secretaria de Assistência Social - PMRP

Apêndice 13

Sujeitos participantes do teste de campo

Indivíduos	Profissão
Ms. Fabio Scorsolini Comin	Professor de Psicologia Social da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)
Felipe José Gameiro	Gerente de informação e documentação (INEPAD)
Geisa Rodrigues Freitas	Psicóloga
Dra. Juliana Queiroz	Supervisora de ensino a distância (INEPAD)
Lidia Barbieri Belarmino	Psicóloga do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Apêndice 14

Motivos referidos para justificar o absenteísmo às primeiras consultas (PC) e aos retornos (RT) agendados na atenção básica e nos ambulatórios especializados, não hospitalar e hospitalar, reunidos em fatores relacionados aos sujeitos, ao serviço de saúde e aos problemas sociais.

Categorias	Nível de atenção	AB		ANH		AH		Total	Total por categorias
		PC	Rt	PC	Rt	PC	Rt		
Fatores rel. aos sujeitos	Saúde piorou e não aguardou a consulta	13	11	7	7	1	4		152
	Problema desapareceu	3	6	4	6	1	3	43	
	Esqueceu	4	4	3	4	1	4	23	
	Diz que não faltou		2	3	3	3	5	20	
	Problemas de família	2	4	2	1	1	4	16	
	Não justificou a falta	2		3	1	2	4	14	
	Foi a outro posto	3	1	2	2			12	
	Tinha consulta em outro local (tirar: Teve outra doença)		1	1			3	8	
	Viajando		2	1	2			5	
	Procurou atendimento particular	2	1					5	
	Medo do procedimento			1			1	3	
	Mudou				1			2	
Fatores rel. ao serviço	Demora entre marcação e consulta	15	14	15	17	1	4	1	114
	Não tinha médico	1	3	2		2	2	66	
	Não foi informada			4		2	1	10	
	Confusão data/hora	2	1	1	1		1	7	
	Demora para o atendimento		1	1	1		2	6	
	Fama ruim do profissional		1	1	1		1	5	
	Horário não marcado no cartão		1				2	4	
	Mau atendimento		1	1	1			3	
	Problemas no posto	1	2					3	
	Fama ruim do serviço	1	1					3	
	Decepção com procedimento	1						2	
	Dispensada por falta de leito			1				1	
	Marcamam errado				1			1	
	Médico disse que estava em greve			1				1	
	Não sabe ler e não conseguiu entender cartão				1			1	
Fatores sociais	Estava trabalhando	24	21	10	27	3	18	1	124
	Problemas com transporte	2	2	5	3	3	6	103	
	Total	156		149		85		390	390*

*Alguns respondentes assinalaram mais de um motivo para a falta ao agendamento

Apêndice 15

Frequência de respostas das questões sobre a experiência e sugestões dos usuários agendados na atenção básica e nos ambulatorios especializados, não hospitalar e hospitalar, reunidas em fatores relacionados a ampliação do acesso, a organização dos serviços, acolhimento e comunicação, e a satisfação.

Categoria	Nível de Atenção	At. Básico		At. Espec. não hosp		At espec. hospitalar		Total
	Questão	Sugestão	Experiên cia	Sugestão	Experiên cia	Sugestão	Experiên cia	
	Subcategoria							
Ampliação do acesso	Diminuir o tempo entre o agendamento e a consulta ou procedimento	42	13	44	13	7	6	125
	Aumentar o número de profissionais na equipe	15	2	16		2		35
	Aumentar o número de atendimentos especializados		8	2	1			11
	As unidades terem horários fora do horário comercial para atender os pacientes	5	1	2		1		9
	Marcar a consulta para um lugar próximo da residência do usuário	2	1	2				5
	Melhorar os meios de transporte (rapidez, gratuidade, vagas no estacionamento)	1	1		1	1	1	5
	Fazer exames simples nas unidades básicas ou hospitalares			1		2	2	5
	Liberar consultas para quem mora longe		1			1		2
Organização dos serviços	Rapidez no atendimento, agendando cada usuário num horário diferente	14	8	7	14	4	2	49
	Lembrar o paciente da consulta ou procedimento agendado (ligando ou por correspondência)	8		7		3		18
	Poder agendar por fone	1		2		4		07
	Melhorar o ambiente na unidade	1	1		1			03
	Diminuir as faltas dos médicos		2	1				03
	Poder agendar na unidade direto com o usuário			1	1	1		03
	Avisar quando não puder fazer o exame					2		02
	O atendente deve marcar a consulta no cartão			1		1		02
	Integrar as informações das unidades ou hospitais					2		02
	Não remarcar consultas					2		02
Implantar senhas para os atendimentos nas unidades	1						01	

	Marcar o telefone de parentes e vizinhos no cadastro			1				01
	Não deixar faltar médico quando tem greve			1				01
	Acompanhar os casos por fone ou agentes de saúde.	1						01
	Deve haver uma maneira mais fácil para desmarcar a consulta			1				01
	Fazer setor de encaixe e remarcação para disponibilizar a vaga para outra pessoa			1				01
Acolhimento e comunicação	Melhorar a qualidade dos profissionais atendentes	11	5	14	9	2	2	43
	Adequar agenda conforme necessidade do paciente	17	1	17		5		40
	Melhorar a comunicação e orientação ao paciente	1	8		3	2	1	15
	Melhorar a comunicação por telefone	5						05
	Priorizar as urgências	1		2		1		04
	Melhorar a caligrafia dos médicos e de quem escreve no cartão			1				01
Satisfação e Insatisfação do paciente com o serviço	Estão satisfeitos com o <i>Modus Operandi</i> de marcação das consultas	11	34	6	27	15	38	131
	32-Insatisfeitos que não justificaram	7	11	12	12	9	5	56
	Total	241		224		124		589

ANEXO

10 – ANEXO**Anexo 1****Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**

	<p>FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO</p> <p>CENTRO DE SAÚDE ESCOLA</p>		<p>Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380 Ribeirão Preto – SP</p> <p>Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480 FAX (0**16) 6332331</p>	
---	--	---	--	---

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 10 de fevereiro de 2011.

Of. Nº.028/11/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.

Prezado Senhor,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião realizada no dia 08/02/2011, **aprovou** o projeto de pesquisa: **“Identificação dos determinantes da ausência dos usuários aos agendamentos na rede pública de saúde”** e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de protocolo nº.423/CEP-CSE-FMRP-USP, a ser realizado pela pós-graduanda Renata Pereira dos Santos, sob a orientação de Vossa Senhoria, com colaboração da Dra. Ana Lúcia Kazan e da Psicóloga Maria Cristina Aiello Francelin.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. José Sebastião dos Santos
Docente do Departamento de Cirurgia e Anatomia da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.