

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

FLAVIO IGNES TRISTÃO

**ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
VILA VELHA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA - ES
2016

FLAVIO IGNES TRISTÃO

**ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
VILA VELHA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – Área de concentração: Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Angélica Carvalho Andrade.

VITÓRIA - ES
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Tristão, Flavio Ighes, 1983 -

T838a Absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde no município de Vila Velha no Estado do Espírito Santo / Flavio Ighes Tristão – 2016.

183 f.

Orientadora: Maria Angélica Carvalho Andrade.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Absenteísmo. 2. Acesso aos Serviços de Saúde.
3. Assistência à Saúde. 4. Integralidade em Saúde. I. Andrade, Maria Angélica Carvalho. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

FLAVIO IGNES TRISTÃO

**ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
VILA VELHA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Aprovado em 04 de Agosto de 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Angélica Carvalho Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Profa. Dra. Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

Profa. Dra. Eliane de Fátima Almeida Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Externo

Este trabalho é dedicado especialmente a meus pais, meus irmãos, e minha esposa pelo incentivo, apoio, amor e compreensão incondicionais e imensuráveis durante mais essa jornada, que solidificam o mais importante da vida: a família.

AGRADECIMENTOS

Acreditando na coletividade construída com o melhor da individualidade de cada um, agradeço:

Aos meus pais, Ademir e Elza, pelo grande incentivo em me ver vencer mais uma jornada; meus irmãos, cunhada e sobrinho Alexandre, Rafael, Danielli e Gabriel pelo grande apoio, e a Adriana, esposa linda que sempre me deu força e foi a maior inspiração do início ao fim. Agradeço pela compreensão dos momentos de ausência devido à dedicação que este trabalho exigiu durante esse período.

A minha orientadora, Angélica, que desde o primeiro contato acreditou em meu potencial, com um grande diferencial de respeito e carinho de fazer inveja aos meus colegas de turma, além da sensibilidade em entender minhas linhas de raciocínio às vezes desorientadas e trazê-las para o lugar.

Às professoras Rita, Ana Claudia e Eliane Lima, pelos ótimos momentos proporcionados nas atividades do NUPGASC.

Aos colegas do NUPGASC pelas contribuições e pelos bons momentos das reuniões do grupo.

A minha “irmã agregada” Erika, figura querida que demonstrou sua generosidade e altruísmo a todos do programa. Sinto-me especialmente contemplado pela sua parceria.

A Thiago Fachetti, parceirão das empreitadas do R.U.

À Adriana Esteves Rabello, colega sempre disposta a ajudar.

A todos os colegas de turma onde pude perceber uma harmonia nunca vista entre atores das mais diversas áreas de atuação.

Aos professores do Programa pelas horas de dedicação e pela construção de discussões sólidas e transformadoras.

A todos os funcionários do prédio da enfermagem, em especial à Cinara, sempre solícita e prestativa às nossas demandas.

A Higor Cotta, estatístico que deu conta do volume de linhas do banco de dados deste trabalho, mesmo com o tempo super apertado.

À secretária de saúde de Vila Velha, Andreia Passamani, pelo incentivo e pela colaboração de permitir a conciliação destes dois vínculos super exigentes.

A Eduardo Tonole pelos conselhos antes e durante a realização do mestrado.

À Marcia Peixoto Cesar, pessoa que identificou meu potencial e foi a primeira a me incentivar para que eu prestasse o processo seletivo do mestrado.

Aos colegas de trabalho pelo apoio e pelas demonstrações de pensamentos positivos durante todo esse período.

A Edgar e Manoel, meus braços direito e esquerdo sempre presentes ao meu lado e que ajudaram me substituindo nas aulas de TKD sempre que necessário.

A Rafael, André Vitarelli, Renan, Adriano e Juliano, amigos que compreenderam a necessidade das ausências nas nossas atividades.

Aos profissionais e usuários entrevistados, pela sinceridade das conversas e pela contribuição sem a qual esse trabalho não ganharia a dimensão que foi capaz de atingir.

Cortesia, integridade, perseverança,
autocontrole, espírito indomável.

(componentes do espírito do Taekwondo)

RESUMO

O acesso aos serviços de saúde representa um grande desafio para a garantia do cuidado baseado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Como componente central para alcançar este propósito, a Atenção Básica é reconhecida como o principal acesso para a realização do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, implicada na integralidade das ações de saúde em seus diferentes níveis de complexidade. Paralelo a isso, encontra-se o paradoxo da ocorrência evidenciada do absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde. Assim, este estudo teve como objetivo geral analisar o acesso e o absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde na rede municipal de saúde de Vila Velha – Espírito Santo (ES). Os objetivos específicos compreenderam: analisar a quantidade de consultas clínicas agendadas e a ocorrência do absenteísmo na Atenção Básica do município nos anos de 2014 e 2015; analisar a quantidade de consultas clínicas agendadas e a ocorrência do absenteísmo na Atenção Especializada disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde ao município de Vila Velha no ano de 2015; analisar o processo de marcação de consultas nos dois níveis de atenção e; analisar os fatores causais relacionados ao absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde apontados pelos profissionais de saúde e pelos próprios usuários. Para isso foram utilizadas metodologias quantitativas (análise estatística descritiva de dados secundários) e qualitativas (análise temática de entrevistas), que se complementaram para proporcionar uma compreensão aprofundada acerca dos aspectos estudados. Os resultados indicaram que o acesso dos usuários aos serviços da Atenção Básica e da Especializada é realizado de forma não centrada no usuário, e que o absenteísmo está relacionado ao modelo de atenção empregado e forma de organização do acesso dos níveis de atenção, além de considerar os fatores relacionados às dimensões do acesso como a disponibilidade dos serviços, o poder de pagamento, o grau de informação e a aceitabilidade. O estudo apontou a relevância de valorizar os aspectos subjetivos das relações entre profissionais e usuários, que podem interferir diretamente na qualidade do entendimento das condições de saúde dos usuários e também na construção de vínculos de respeito mútuo e confiança entre os envolvidos no processo de produção do cuidado.

Palavras-chave: Absenteísmo; Acesso aos serviços de saúde; Rede de cuidados continuados de saúde; Integralidade em saúde.

ABSTRACT

The access to health services is a major challenge for the care guarantee based on the principles of universality, comprehensiveness and equity. As a central component to achieve this purpose, the Primary Care is recognized as the main access to the realization of care and organizes the Health Care Networks, implicated in comprehensiveness of health actions at different levels of complexity. Parallel to this, is the paradox of evident occurrence of non-access, ie, absenteeism users to health services. This study aimed to analyze the access, use and absenteeism users to health services in the municipal health network from Vila Velha - ES. The specific objectives included: analyzing the amount of scheduled clinic visits and the occurrence of absenteeism in the Basic Attention municipality in the years 2014 and 2015; analyze the amount of scheduled clinic visits and the occurrence of absenteeism in the Specialized Care of Vila Velha in 2015; analyze the queries marking process in the two levels of care and; analyze the causal factors related to absenteeism users to health services mentioned by health professionals and by the users. For this we used quantitative methodologies (descriptive statistical analysis of secondary data) and qualitative (thematic analysis of interviews), which was supplemented to provide a thorough understanding of the studied aspects. The results indicated that users' access to services of Primary Care and Specialized is performed not focused manner on the user, and that absenteeism is related to employee care model and way of organizing access two levels of attention, and consider related factors ace dimensions of access and availability of services, the payment power, the degree of information and acceptability. The study pointed out the importance of valuing the subjective aspects of the relationship between professionals and users, which can directly affect the quality of the understanding of the health conditions of users and also to build mutual respect of bonds and trust between those involved in the production process for care.

Keywords: Absenteeism; Access to health services; the continuum of care network; Completeness health

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AE	Atenção Especializada
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CEMAS	Centro Municipal de Atenção Secundária
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ESF	Estratégia Saúde da Família
GU	Gerente de Unidade
MU	Médico de Unidade
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NUPGASC	Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PR	Profissional da Regulação Municipal
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RU	Recepcionista de Unidade
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
U	Usuário
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 A ABORDAGEM CONCEITUAL DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	21
2.2 A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE E A REGULAÇÃO DO ACESSO.	24
2.3 O ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	31
3 JUSTIFICATIVA	36
4 OBJETIVOS	38
4.1 OBJETIVO GERAL	38
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
5 MÉTODOS	39
5.1 ETAPA QUANTITATIVA	40
5.1.1 Fases da coleta dos dados quantitativos	40
5.1.2 Análise dos dados quantitativos	41
5.2 ETAPA QUALITATIVA	42
5.2.1 Fases da coleta dos dados qualitativos	43
5.2.2 Análise dos dados qualitativos	45
5.3 LOCAL DO ESTUDO	46
5.3.1 Características gerais do local de estudo	46
5.3.1.1 Região I	47
5.3.1.2 Região II	47
5.3.1.3 Região III	47
5.3.1.4 Região IV	48
5.3.1.5 Região V	48
5.4 ASPECTOS ÉTICOS	49
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
6.1 ARTIGO 1: ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXÕES SOBRE O ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS	51
6.2 ARTIGO 2: ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE: IDENTIFICANDO SEUS POTENCIAIS FATORES GERADORES.....	65
6.3 ARTIGO 3: A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO PROCESSO DE REFERENCIAMENTO DOS USUÁRIOS A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA	94

6.4 O ABSENTEÍSMO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ...	122
6.4.1 Perfil dos profissionais entrevistados	122
6.4.2 As causas do absenteísmo na perspectiva dos profissionais	122
6.4.2.1 Causas relacionadas à disponibilidade	123
6.4.2.2 Causas relacionadas ao poder de pagamento	124
6.4.2.3 Causas relacionadas à informação	126
6.4.2.4 Causas relacionadas à aceitabilidade	129
6.4.3 Conhecimento, desdobramentos e condutas dos profissionais perante o absenteísmo dos usuários	134
6.5 O ABSENTEÍSMO NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS	141
6.5.1 Perfil dos usuários entrevistados	141
6.5.2 Os motivos das faltas na vivência dos usuários	145
6.5.2.1 Causas relacionadas à disponibilidade	147
6.5.2.2 Causas relacionadas ao poder de pagamento	149
6.5.2.3 Causas relacionadas à informação	150
6.5.2.4 Causas relacionadas à aceitabilidade	154
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS	161
APÊNDICES	169
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com os profissionais das unidades de saúde	170
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com médicos reguladores da SEMSA..	172
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com a coordenação do setor de regulação da SEMSA	174
APÊNDICE D – Roteiro de entrevista com operador do sistema do setor de regulação da SEMSA	176
APÊNDICE E – Roteiro de entrevista por telefone com os usuários	178
APÊNDICE F - Termo de consentimento livre e esclarecido	180
ANEXOS	181
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	182
ANEXO B – Carta de aprovação para publicação do Artigo 1	183

APRESENTAÇÃO

Trazer um tema como este para uma dissertação de mestrado não pode ser fruto de uma decisão tomada ao acaso e, menos ainda, pode se desenvolver sem que o pesquisador se implique de fato com o objeto escolhido.

Após a conclusão de duas graduações (educação física e fisioterapia) e de duas pós-graduações (residência multiprofissional em saúde da família e acupuntura), a motivação de dar mais um passo em minha trajetória acadêmica e ingressar no mestrado em Saúde Coletiva surgiu com o contato mais direto com a área da gestão em saúde, quando iniciei minhas atividades profissionais nesta área.

Em uma das minhas vivências anteriores, participei do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em Blumenau – Santa Catarina (SC), onde tive a oportunidade de desenvolver atividades muito gratificantes com a equipe de saúde e com a comunidade, além de ter uma aproximação de forma mais aprofundada no funcionamento deste Sistema de Saúde complexo e, literalmente, Único.

Talvez o tema desenvolvido nesta dissertação estivesse, de certa forma, adormecido desde minha pesquisa desenvolvida no trabalho de conclusão de curso da Residência, pois desde aquela ocasião já me interessavam as questões relativas à integralidade do cuidado à saúde.

Naquela ocasião, aproveitando o momento em que também realizava o curso de pós-graduação em acupuntura, voltei minha atenção para a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que traz a proposta da medicina tradicional chinesa e sua visão holística do sujeito, afastando-se do modelo biomédico de alta densidade tecnológica e da medicalização excessiva.

Nesse sentido, pesquisei a quantidade de encaminhamentos realizados por todas as Unidades de Saúde daquele município que poderiam, de acordo com as descrições do quadro clínico lançado no Sistema de Regulação (SISREG), receber alguma intervenção das práticas integrativas e complementares para que não sobrecarregasse a Atenção Secundária.

Após algum tempo, iniciei minhas atividades profissionais na Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha, como referência técnica da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Isto me proporcionou uma visão da rede de atenção à saúde da região metropolitana como um todo, pois foi possível perceber as dinâmicas da macro e micropolítica, suas fortalezas e fragilidades.

Depois de alguns meses nesta atividade, me foi delegada a função de organizar o cuidado do público hipertenso e diabético do município, além de ser convidado para ser apoiador institucional da Política Nacional de Humanização (PNH), que estava sendo implantada no município com suporte de consultores do Ministério da Saúde.

Como estava muito envolvido neste temática, desenvolvi minha proposta preliminar de estudo para o mestrado voltada para a PNH e, ao ser selecionado, pairou-me dúvida entre optar pela bolsa de estudos e me afastar de minhas atividades, ou continuar no serviço e aproveitar esta aproximação para desenvolver o tema.

Ao optar pela permanência na Secretaria tendo o aval e o apoio da Secretária responsável pela pasta, consegui desenvolver as atividades do mestrado com sucesso, e ao mesmo tempo, amadurecer o que de fato viria a ser o meu objeto de estudo nessa jornada dupla.

Poucos meses depois, fui convidado a assumir a coordenação do setor em que estava lotado, e onde atuo atualmente na mesma função. O objetivo das áreas técnicas deste setor é servir de apoio para as equipes das unidades de saúde e fazer valer as políticas preconizadas pelo Ministério da Saúde nas formas de Programas e Redes, para que os mesmos sejam praticados no município e possam proporcionar a qualificação do cuidado e fazer com que o itinerário a ser percorrido pelo usuário dentro desta rede seja a mais viável possível.

Assumir a coordenação aumentou, e muito, minha carga de trabalho. Assim, houve um desgaste muito grande para cumprir com as atividades do curso. Mas, como já tinha feito duas graduações concomitantes e duas pós-graduações, também de forma concomitante, respirei fundo e mergulhei em mais essa empreitada.

Entendo ter feito a escolha certa, pois tive a oportunidade de obter informações com uma riqueza e profundidade consideráveis, o que contribuiu para dar mais clareza aos problemas enfrentados pelas três frentes: trabalhadores, usuários e gestores.

Percebo em meu dia-a-dia, que é frequente a presença de usuários que comparecem pessoalmente à sede da Secretaria Municipal de Saúde, procurando diretamente a figura da própria secretária de saúde ou os setores pelos quais entendem que naquele momento resolveriam sua situação. Incomodado com a quantidade de pessoas que batiam à minha porta, não me limitava somente a dirigir este ou aquele usuário ao setor que procuravam, mas também tentava ouvir e entender o motivo pelo qual estavam ali, no local onde não se prestaria assistência. Em boa parte dos casos, percebia que havia alguma falha na comunicação entre o serviço e o usuário. Um não era capaz de se fazer entender pelo outro, e assim se iniciava um verdadeiro “cada um por si, e salve-se quem puder”.

Assim, ao perceber esta complexa e dinâmica movimentação dos usuários do município em busca dos serviços de saúde, chamou-me a atenção um dado divulgado em forma de cartaz e por meio digital pelo Governo do Estado do Espírito Santo em que era informado que do total de consultas e exames de média e alta complexidade ofertados, 40% eram desperdiçados todos os meses pelo não comparecimento dos usuários.

Cabe ressaltar que o termo “desperdiçado” utilizado no cartaz e no sitio eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), remete à culpabilização dos usuários pelo não comparecimento, como se as causas deste fenômeno fossem unilaterais, neutralizando a responsabilidade do governo com relação às faltas.

Nesse momento ficou definido o tema do estudo! Em um município com tanta carência de portas de entrada e com uma população de aproximadamente 450 mil habitantes, será que os usuários deste município eram responsáveis por compor estes 40%? E ainda, como era feito o acesso aos serviços? Será que realmente eles desperdiçavam e a culpa era mesmo deles?

Longe de fazer papel de juiz e definir se um lado ou outro é culpado, o objetivo deste trabalho foi mostrar onde estão os hiatos existentes entre aqueles que se empenham em organizar e fazer funcionar a máquina do SUS no âmbito municipal e aqueles que dependem desta organização para que tenham êxito na busca por aquilo que os fez gerar uma necessidade por cuidado.

No trajeto percorrido no trabalho de campo na etapa qualitativa, não tive dificuldade de me colocar diante dos dois grupos. No fundo, senti que boa parte destes 42 personagens que aceitaram conversar sobre o assunto, estavam de fato, não somente conversando. Sentia como se o assunto fosse a abertura para uma ocasião em que alguém estaria ouvindo suas angústias, suas vivências, suas particularidades, suas impressões e opiniões acerca da sua realidade.

Isto tudo, somado aos preciosos momentos de debates e discussões em sala de aula com os professores e colegas de turma tão especiais, além da paciência e implicação de minha orientadora para que tudo corresse da forma mais harmoniosa possível foram, sem dúvida, combustível para que eu levasse esta pesquisa até o fim. E deixar o final ficar com gostinho de quero mais...

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a reforma política ocorrida no final da década de 1980 traz um marco importante no que diz respeito à saúde como um direito de todos e um dever do Estado, a ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos (PAIM, 2009). A Lei Orgânica da Saúde define o acesso universal e equânime como base e condição para o exercício dos demais princípios ideológicos e organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

Neste sentido, o papel da Atenção Básica (AB) é de importância estratégica uma vez que, dada a sua descentralização e grau de capilaridade nos territórios, tem um contato direto com as necessidades em saúde dos cidadãos e coletividades devendo, por isso, ser a porta de entrada preferencial para todo o sistema (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de AB (PNAB) coloca este nível de atenção na posição de coordenador e centro de comunicação de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e define como modelo de atenção a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A adscrição da população a um determinado território, sob a responsabilidade sanitária de uma equipe multiprofissional visa fortalecer o vínculo entre profissionais de saúde e usuários, além de aumentar a resolutividade das ações, por meio de um processo de trabalho usuário centrado (BRASIL, 2011a; 2012).

Mas, a imersão das equipes da ESF no território ocasiona também um grande impacto das forças políticas da indústria da saúde e das corporações de classe sobre o processo de trabalho das equipes, no sentido do foco na doença e no consumo de tecnologias duras e estendendo-se ao processo de trabalho do médico (MERHY, 2013).

Nesse sentido, o aumento da cobertura da AB, alcançando nos últimos anos a porcentagem de 68% da população brasileira (BRASIL, 2014), propiciou uma melhor abordagem das necessidades em saúde da população, conforme o perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural de cada território. A expansão da AB favoreceu também um aumento da demanda pelos serviços de média e alta complexidade, pois mais pessoas passaram a integrar a rede de saúde e,

consequentemente, podem necessitar de intervenções de maior densidade tecnológica para ter seu problema resolvido (PAIM et al., 2011).

No entanto, mesmo com a maior cobertura de AB, estudos apontam grandes dificuldades de acesso tanto aos serviços de atenção primária, como também aos de média e alta complexidade, sendo frequentes os relatos de experiências negativas com os programas e recursos existentes no sistema público (BRASIL, 2007; OTHERO; DALMASO, 2009).

Nesse contexto, o modelo de atenção à saúde vem sendo bastante discutido no que tange à sistematização de procedimentos e condutas que garantam o acesso aos serviços de forma humanizada e integral (GRISOTTI; PATRÍCIO, 2006). Considerando como foco as necessidades em saúde, é preciso consolidar o princípio da integralidade que, em sua polissemia, abrange a clínica ampliada, a abordagem curativa e preventiva e aponta a perspectiva de redes coordenadas de ações e serviços de saúde. Atenção integral implica em resolutividade por meio do “acesso a todas as ações e serviços exigidos para cada caso ou situação em todos os níveis do sistema de saúde” (PAIM, 2009, p. 56).

O acesso ao cuidado em saúde tem sido muito discutido na literatura científica e tem se revelado tema extremamente complexo. É tratado de diferentes formas de acordo com a época em que é abordado, apresentando-se como um conceito bastante amplo e com dimensões de interpretação variadas, envolvendo determinantes diversos e indicando a necessidade de aprofundar sua definição conceitual (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; PAIM, 2009 et al.; SOUZA et al., 2014).

Por outro lado, mais recentemente o absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde tem sido abordado em muitas pesquisas. Este termo é mais frequentemente utilizado para fazer referência à falta dos profissionais em seu ambiente de trabalho. Porém, observa-se, em estudos mais recentes, uma ampliação na aplicabilidade deste termo, estendendo-se também ao fenômeno das faltas dos usuários aos serviços de saúde (OLESKOVICZ et al., 2014).

A maioria destas pesquisas revelam quantidades de faltas com números expressivos em determinados níveis de atenção, alcançando em alguns serviços porcentagens superiores a 25% (OLESKOVICZ et al., 2014; DALRI, 2014), mas estes estudos não analisam os motivos destas faltas, carecendo assim de propostas para redução

desta problemática a patamares menos perturbadores e preocupantes (JANDREY; DREHMER, 1999; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; MELO; BRAGA; FORTE, 2011; CAVALCANTI et al., 2013; IZECKSON; FERREIRA, 2014; DALRI, 2014; OLESKOVICZ et al., 2014).

O acesso e o absenteísmo são temas vinculados também por sinalizarem diversos aspectos que impactam o processo de trabalho em saúde. A análise é complexa e diferenciada conforme o nível de atenção em questão. Na AB, um processo de trabalho usuário-centrado deve impactar positivamente na relação entre demanda e oferta de serviços, pensando num melhor direcionamento, dado pelo maior vínculo e responsabilização com a condição de saúde dos usuários (BRASIL, 2011a; 2012). Mas diversos fatores do contexto político, socioeconômico e cultural presentes nos territórios interferem nas condições de vida e no trabalho em saúde podendo se constituir em facilitadores ou em barreiras ao acesso ao cuidado (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011).

O conceito de acesso deve ser compreendido possibilitando percepção das particularidades, que se tornam decisivas para que os usuários tenham êxito no atendimento de suas demandas de saúde, para que assim seja feita uma relação com o fenômeno do absenteísmo. Este estudo tem como objetivo geral, analisar o acesso e o absenteísmo aos serviços de saúde na rede municipal de saúde de Vila Velha.

O estudo analisa também os principais atores envolvidos na AB e Atenção Especializada (AE), na conformação desta rede complexa onde atuam com papéis específicos, sendo os gestores, os profissionais e os usuários do SUS.

Esta pesquisa é parte integrante da Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para efetivação do direito universal à saúde, CNPq/Decit nº 41/2013, que criou o Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, sob a coordenação do Prof. Dr. Emerson Elias Merhy, tendo como instituição executora a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e instituições colaboradoras a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio), Universidade de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde foi implantado na UFES em maio de 2015, integrando-se aos projetos de pesquisa do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (NUPGASC), do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES.

Compõe especificamente a pesquisa de número 6, Análise microvetorial do impacto da Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável, nos seus aspectos macro e micropolíticos.

Esta pesquisa objetivou direcionar a análise microvetorial do acesso aos serviços de saúde tendo como base as concepções de acesso trazidas pela referida Portaria, abordando as realidades vivenciadas pelo ponto de vista dos profissionais e dos usuários, relacionando-os então com as diversas dimensões do conceito de acesso apresentado pela literatura científica e o fenômeno do absenteísmo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A ABOARDAGEM CONCEITUAL DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Tem sido recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que seus países membros se empenhem para atingir a meta de oferecer cobertura universal de saúde, com o objetivo de garantir a equidade no acesso e no uso dos serviços de saúde (SOUZA et al., 2014).

O conceito de acesso é multidimensional e complexo, varia conforme o contexto e o tempo, sendo difícil uma definição precisa. Neste sentido, Sanchez e Ciconelli (2012) fazem um resgate histórico, indicando que a discussão a respeito do acesso à saúde teve início na década de 1970, e citam os principais autores que discorreram sobre o tema, fazendo uma ligação até as publicações mais atuais sobre conceituação de acesso, acessibilidade e suas formas de avaliação.

Assim, estas autoras referem que em 1973, Ronald e Newman avaliaram alguns determinantes individuais que poderiam interferir no acesso à saúde, como a renda, a cobertura de plano de saúde, a classe social e o comportamento com relação ao cuidado com a saúde. Já em 1974, Aday e Andersen se embasaram nas características da população e a disponibilidade organizacional e geográfica dos serviços de saúde para conceituarem o acesso aos mesmos.

Sanchez e Ciconelli (2012) continuam este resgate citando as publicações de Donabedian (1973) e de Penchansky e Thomas (1981), em que o primeiro faz o uso do termo acessibilidade ao invés de acesso, e dá destaque para os aspectos sócio-organizacionais (condições social, cultural, educacional e econômica dos indivíduos) e para os aspectos geográficos (referindo-se à dimensão tempo-espaço e a distância física entre o usuário e o serviço). Já os demais autores definiram o acesso como o grau de interação entre os usuários e o sistema de saúde, e que poderia ser avaliado por indicadores que resultam da passagem do indivíduo pelo sistema.

Por fim, Sanchez e Ciconelli (2012), ao citarem McIntyre e Mooney (2007), afirmam que, atualmente, as principais características do acesso à saúde podem ser englobadas em quatro dimensões, sendo a disponibilidade e o poder de pagamento

as duas mais tangíveis, e a aceitabilidade, e a informação as duas menos tangíveis.

Souza e colaboradores (2014) abordam o acesso como sendo o maior ou menor grau de facilidade ou dificuldade com que os usuários recebem o cuidado de saúde. Ele se situa entre a etapa de procura pelos serviços e sua utilização por parte do usuário.

Ao buscar compreender as causas do absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde, é necessário entender as formas em que se dão as condições de acesso aos serviços buscados pelos mesmos e assim realizar uma conexão entre esta nítida contradição entre os recursos escassamente oferecidos e sua não-utilização.

Com o foco na melhoria do acesso, dentre outras questões, o Ministério da Saúde (MS) publica a Portaria N° 1654 de 19 de Julho de 2011, que institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB) e o incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável (BRASIL, 2011b).

Esta portaria traz como objetivo a indução da ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB. O primeiro ciclo do PMAQ-AB ocorreu em 2011 e o segundo em 2013. Segundo a Portaria 1645/ 2015, cada ciclo compõe-se de três fases:

1- A adesão e contratualização ao programa, por meio do preenchimento de um formulário eletrônico, padronizado e disponibilizado pelo MS, assumindo a gestão compromissos em relação à melhoria de indicadores de acesso e de padrões de qualidade (BRASIL, 2011b; 2012b).

2- O desenvolvimento, fase que é composta por:

2.1 - Autoavaliação: feita pelas equipes com base no instrumento disponibilizado pelo MS. Na avaliação externa apenas consta se as equipes fizeram ou não a autoavaliação, sem considerar a fala dos trabalhadores com relação a sua atuação (BRASIL, 2012b).

2.2- Monitoramento: de responsabilidade das equipes, Secretarias Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde e consiste no acompanhamento dos indicadores de saúde contratualizados pelos municípios (BRASIL, 2012b).

2.3- Educação permanente: requer que a gestão municipal, promova atividades de educação para melhoria do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2012b).

2.4- Apoio institucional: abrange o suporte dado às equipes de AB e à gestão municipal, pelas Secretarias Estaduais de Saúde, Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde, Comissões Intergestores Bipartite e MS (BRASIL, 2012b).

3. A avaliação externa e certificação do desempenho das equipes e gestão: constatação dos padrões de acesso e qualidade definidos pelo MS. Acontece nas visitas realizadas pelos entrevistadores externos às unidades de saúde e na gestão municipal. Abrange as entrevistas com profissionais da equipe e usuários, por meio de um formulário estruturado (BRASIL, 2011b; 2012b). Na certificação as equipes recebem uma classificação de desempenho realizada com base nos resultados obtidos, sendo 10% referente à autoavaliação, no caso, apenas as opções 'sim, fizeram autoavaliação' ou 'não, não fizeram autoavaliação'; 20% a análise dos indicadores contratualizados; e 70% a avaliação externa.

Deste modo, a avaliação externa define a classificação de desempenho e, portanto, o valor do incentivo financeiro chamado de componente de qualidade do PAB Variável a ser recebido pelos municípios, via transferência fundo a fundo. As equipes de saúde têm, assim, o seu desempenho classificado conforme estes padrões em: ruim, regular, muito bom, bom e ótimo (BRASIL, 2011b; 2012b, 2015). Assim definidos:

I Ruim: Resultado menor que -1 desvio padrão da média de desempenho das equipes do estrato. Nesse caso será suspenso o percentual de 20% e realizado um termo de reajuste (BRASIL, 2015a).

II Regular ou bom: resultado menor que a média e maior ou igual a -1 desvio padrão da média de desempenho das equipes do estrato. Será mantido o percentual de 20% e procede-se à recontratualização (BRASIL, 2015a).

III Muito bom: resultado maior que a média e menor que +1 desvio padrão da média de desempenho das equipes do estrato. Será ampliado o percentual para 60% do valor integral do componente e realizada a recontratualização (BRASIL, 2015a).

IV Ótimo: resultado maior que +1 desvio padrão da média de desempenho das equipes do estrato. Será ampliado o percentual para 100% do componente e feita a recontratualização (BRASIL, 2015a).

Cabe ressaltar que somente na descrição da avaliação externa é feita uma referência ao acesso, onde deveria compor “estudo de base populacional sobre

aspectos do acesso, utilização e qualidade da Atenção Básica em Saúde”. Ainda assim, esta referência é revogada pela Portaria 1645 de 2 de outubro de 2015, que dispõe sobre o PMAQ-AB (BRASIL, 2011b; 2015a).

Destaca-se também o fato de que a palavra “acesso” é citada na Portaria 1654 de 2011 por sete vezes, sendo apenas quatro em um contexto de ação, e na Portaria 1645 de 2015 a mesma é citada cinco vezes no total e três em contexto. Já a palavra “qualidade” surge por vinte e quatro vezes na primeira Portaria e treze vezes na segunda (BRASIL 2011; 2015a).

Esta disparidade entre as frequências em que estes termos são citados nas referidas Portarias, pode indicar uma tendência em priorizar questões pertinentes à mensuração da qualidade em detrimento à mensuração do acesso. Mesmo que o acesso possa ser considerado como o pilar da qualidade (DONABEDIAN, 2003), as Portarias pressupõem que as questões do acesso encontram-se bastante avaliadas, limitando-se a atestar a sua melhoria em parâmetros numéricos. Cabe, portanto, refletir se estas formas de avaliação do acesso indicam, de fato, que os usuários têm acesso a serviços de saúde resolutivos e em tempo oportuno.

São notáveis os avanços alcançados, especialmente no acesso aos serviços de AB, com cobertura de AB em 2010 a 52,2% da população brasileira, por meio de equipes de saúde da família, e 62,6%, por intermédio dos agentes comunitários de saúde (PAIM et al., 2011). No entanto, é preciso aprofundar na compreensão das formas com que os usuários têm acessado os serviços e se este tipo de acesso atende às necessidades em saúde da população.

Neste contexto, permanece a lacuna da análise do acesso, no sentido de avaliar o formato com que ele tem ocorrido na prática das várias regiões, como também a análise da relação deste com as necessidades em saúde que se apresentam nestes diversos territórios. Os números crescentes do absenteísmo na AB e na AE (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; OLESKOVICZ et al., 2014; DALRI, 2014) apontam para um desencontro entre a oferta de serviços e as necessidades em saúde vivenciadas pela população, sinalizando também a falta de integralidade nas ações em saúde.

2.2 A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE E A REGULAÇÃO DO ACESSO

A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS, ao lado da universalidade e equidade. Não está expressa na constituição de 1988, onde é utilizado o termo “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). O termo integralidade foi utilizado na Lei nº 8.080/90 e é definido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

O termo integralidade é considerado polissêmico. Mattos (2004) considera não somente uma diretriz do SUS, mas uma “imagem-objeto”, uma afirmação de características do sistema de saúde, das instituições pertencentes e das práticas desejáveis. A integralidade foi sistematizada em três conjuntos de sentidos: integralidade como atributo da boa medicina, como uma maneira de organizar as práticas e por último, como respostas do governo relacionadas a problemas de saúde específicos.

No primeiro conjunto, seria uma resposta ao modelo reducionista, biomédico, uma modificação no processo de trabalho. Uma boa prática médica é aquela que enxerga que o paciente é bem mais do que somente um aparelho biológico, entendendo o sofrimento do usuário e evitando a utilização excessiva dos serviços de saúde. O segundo conjunto, um novo modo de organizar as práticas, diz respeito à articulação entre a assistência e as práticas de saúde pública, diminuindo a fragmentação entre os serviços e horizontalizando os programas de saúde. O terceiro diz respeito a políticas voltadas a determinados problemas de saúde que acometam a população (MATTOS, 2004).

Segundo Paim (2009), a “integralidade tende a reforçar as ações intersetoriais e a construção de uma nova governança na gestão de políticas públicas”. Diante dessas dimensões e apesar de ser bastante negligenciada no âmbito do SUS, de difícil operacionalização, talvez a integralidade possa ser realizada quando passa a existir um encontro, “uma relação sujeito-sujeito, quer nas nossas práticas nos serviços de saúde, quer nos debates sobre a organização dos serviços, quer nas discussões sobre as políticas”, estabelecendo-se como um meio para concretização do direito universal à saúde (MATTOS, 2004).

Mendes (2011) contextualiza a lógica de um "sistema sem muros", sendo eliminadas as barreiras de acesso entre os níveis de atenção, correspondendo assim às

necessidades de saúde individuais e tanto no aspecto local quanto no regional, sendo indispensável o desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação de uma gestão eficiente. Portanto, os níveis de atenção estariam interligados por mecanismos que ultrapassem, de fato, as fronteiras de acesso e permitam a ampliação das oportunidades de cuidados adequados e em tempo oportuno.

Neste sentido, segundo Paim (2009), o acesso universal é limitado pelas dificuldades encontradas tanto na dimensão da acessibilidade quanto na continuidade da atenção, principalmente por problemas na organização dos serviços e no financiamento do sistema.

Entendendo que a integralidade da atenção envolve também o acesso aos demais níveis de atenção, destaca-se a organização do sistema na conformação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), fundamentada na compreensão da AB como primeiro nível de atenção e coordenadora destas redes, com o objetivo de integrar os cuidados básicos e especializados, por meio de fluxos que permitam o acesso dos usuários de acordo com suas necessidades e em tempo oportuno (BRASIL, 2010; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010). De fato, a integralidade é o objetivo da RAS, pois esta não consegue ser atingida somente em um serviço (CECÍLIO, 2009).

Ao observar a expansão dos serviços da AB, a garantia da integralidade por meio da organização das RAS configura-se como um componente desafiador a ser efetivado, uma vez que a AE teve sua demanda aumentada e seu acesso é limitado em função da insuficiência de recursos financeiros e de oferta de serviços, que compreendem serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; ERDMANN et al., 2013).

A presença de barreiras (institucionais, socioeconômicas, logísticas, educacionais) representam fatores que podem comprometer o acesso aos serviços de saúde disponibilizados nas RAS, pois têm relação direta com o grau de facilidade ou dificuldade com que os usuários irão se deparar ao tentar buscar o cuidado em saúde nos diferentes níveis de atenção a partir de seu próprio entendimento de necessidade de saúde (JANDREY; DREHMER, 1999; IZECKSON; FERREIRA, 2014).

Estas barreiras podem ser agravadas se for levado em consideração o fato de que, o modelo biomédico vigente e as representações sociais sobre a assistência à saúde priorizam o cuidado realizado por meio da oferta de um leque de serviços que seguem certa racionalidade (LUZ, 2012). Isso pode produzir insatisfações, pois, se de um lado o serviço passa a oferecer consultas, procedimentos e prescrições como resposta às demandas dos usuários, por outro lado, estes buscarão somente as mesmas coisas, fazendo com que a necessidade de saúde do sujeito seja associada ao consumo de um serviço (SOUZA; BOTAZO, 2013).

Nesse contexto, devem ser observadas as ações de integração entre os pontos de atenção das RAS em seus contextos macrosocial (decisões políticas acerca dos direitos, financiamento e macrorregulação) e microssocial (tipos de serviço, atributos relacionados à disponibilidade, acolhimento, informação/comunicação, adequação técnica do cuidado e sua efetividade e características da população), em seu processo que inclui os objetivos, as estratégias adotadas, o modelo assistencial, a coordenação dos serviços, e em seus resultados intermediários e finais representados pela garantia do acesso e sua continuidade, pela coordenação do cuidado e eficiência no processo (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011).

Somados a essa perspectiva, deve-se observar a coerência entre os contextos macro e micros sociais com o contexto mesossocial (implementação de mecanismos operativos como fluxos, suporte tecnológico e formação profissional) para uma possível avaliação da integração das redes e direcionamento centrado no usuário (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011).

A organização dos serviços para garantir o acesso universal e integral também deve levar em consideração o tipo, a abrangência, e a quantidade de serviços disponibilizados, configurando-se num desafio em que deve haver ajustes constantes entre o que é ofertado pelos serviços e o que é demandado pelos usuários do sistema.

A relação entre oferta e demanda envolve um mecanismo de regulação na busca pelo equilíbrio entre essas duas variáveis, objetivando a disponibilização de serviços e recursos assistenciais adequados às necessidades da população, o que garantiria um acesso de qualidade baseado nos princípios do sistema de saúde brasileiro (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Em um documento oficial do Ministério da Saúde (Brasil, 2010, p. 27) consta que "a falta de qualidade no acesso aos serviços de saúde evidenciou a necessidade do Ministério da Saúde de desenvolver um Sistema de Regulação em Saúde". Portanto, há um reconhecimento da fragilidade de garantia de acesso aos serviços de saúde.

Assim, a Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria 1559 de 1º de agosto de 2008, é descrita como um instrumento que possibilitaria a plenitude das responsabilidades sanitárias em todas as Unidades Federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão. Em seu Artigo 2º são apresentadas as ações da política organizada em três dimensões, sendo: (1) Regulação dos Sistemas de Saúde; (2) Regulação da Atenção à Saúde; (3) Regulação do Acesso à Assistência (BRASIL, 2008).

Estas três dimensões têm por objetivo a garantia da prestação de serviços à população envolvendo instituições públicas e privadas por meio da regulação assistencial e da oferta de serviços, executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde. Além disso, envolvem a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização dos fluxos assistenciais para garantir o acesso baseado em protocolos, classificação de risco e outros critérios que forem necessários (BRASIL, 2008).

Esse arranjo envolve a formação de redes entre os pontos de atenção, cuja regionalização e a hierarquização de serviços resultam na delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde e na capacidade de organização de acordo com sua densidade tecnológica. Ou seja, implica em sistemas de referência e contrarreferência entre estabelecimentos que oferecem diferentes tipos de níveis de assistência que ultrapassa os limites administrativos, havendo interdependência entre os governos envolvidos (LIMA et al., 2012; TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Assim, envolve-se também o princípio da descentralização, cujo Capítulo II da Lei 8080 de 1990 dá ênfase na descentralização político-administrativa dos serviços para os municípios e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, resultando na transferência de poder de decisão e a gestão dos prestadores e dos recursos financeiros, antes concentrados na esfera federal (BRASIL, 1990; TREVISAN, 2007; LIMA et al., 2012).

A regionalização na saúde trata-se de um processo condicionado pelas relações

pactuadas entre os envolvidos num espaço geográfico, incluindo também a necessidade de criar instrumentos de planejamento, integração, regulação e financiamento de uma rede de serviços que atenda a um determinado território (LIMA et al., 2012).

Viana, Lima e Ferreira (2010) ao citarem Bifulco (2008), reforçam que a regionalização torna-se um fenômeno complexo devido à necessidade de conciliar elementos quase inconciliáveis, como (1) a institucionalização de uma rede homogênea de serviços em uma heterogeneidade territorial; (2) a responsabilização da gestão pública com a participação social e (3) a regulação centralizada com a manutenção da autonomia dos governos locais.

Apesar de estar prevista na Constituição Federal de 1988 e em diversas leis e portarias que tratam da descentralização, da integralidade e da hierarquização da saúde, somente a partir da instituição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), em 2001, que a regionalização ganha mais destaque na organização do sistema (VIANA et al., 2008).

A NOAS teria como objetivo a ampliação das responsabilidades dos municípios na AB, o estabelecimento do processo de regionalização como estratégia em busca de maior equidade, e criação de mecanismos de fortalecimento da capacidade de gestão do SUS (BRASIL, 2002).

Sobre esse tema, Solla e Paim (2014, p. 346) afirmam que "as redes regionalizadas e hierarquizadas propostas pela Constituição, Lei Orgânica da Saúde, NOAS e Pacto de Gestão ainda se encontram muito incipientes". E alertam que a maior parte dos municípios não possui condições de ofertar os serviços de saúde de forma integral, e que o sistema não se propõe a este objetivo.

Ainda com relação à hierarquização, é importante destacar o Decreto Presidencial 7508/2011, que dispõe sobre a organização do SUS e define critérios para a regionalização e hierarquização dos serviços entre os gestores estaduais e municipais, com o foco na garantia de assegurar o acesso universal, igualitário e ordenado, bem como a continuidade do cuidado em suas diversas modalidades entre os serviços que compõem a rede de atenção das respectivas regiões (BRASIL, 2011c; SOLLA; PAIM, 2014).

Mendes (2011) situa que as redes de atenção devem ser governadas pela Atenção

Primária, comunicando-se com outros níveis de atenção, pautado pelo planejamento das necessidades da região e com acesso regulado. Reforçando que esta ainda é uma integração incipiente, Solla e Paim (2014) pontuam que o resultado disso é a fragmentação e superposição de ofertas, aumento dos custos com a assistência prestada, queda na qualidade e resolutividade da rede, ocorrência de vazios assistenciais, colocando em evidência a baixa eficiência do sistema.

Ao invés de compreender a regulação apenas como uma forma de racionalizar os recursos existentes, deve-se contextualizá-la como um processo em que deverá ser estabelecido um redimensionamento da oferta, resultando na qualificação da utilização dos pontos de atenção e dificultando fluxos paralelos que possam ocorrer fora dos critérios pactuados (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Nesse sentido, identifica-se a necessidade de organizar a estrutura dos serviços oferecidos na forma de redes, considerando as características das regiões e também as pactuações a serem realizadas por parte dos gestores envolvidos, observando as atribuições e competências de cada uma das esferas de gestão, bem como sua relação de interdependência, com o objetivo de formar um complexo regulador que garanta a qualificação e a agilidade do atendimento às necessidades da população. (ESPÍRITO SANTO, 2012).

Dessa forma, é importante situar a criação do Sistema de Regulação (SISREG), que é um sistema informatizado desenvolvido pelo Ministério da Saúde para gerenciar todo o complexo regulatório, desde a AB até a internação hospitalar, cujos objetivos corroboram ao que se propõe a Política Nacional de Regulação (CAVALCANTI et al., 2013; BRASIL, 2015b).

Concomitantemente à criação e implantação do SISREG, tem início um processo de reestruturação e organização do acesso aos serviços de saúde, uma vez que são necessárias as definições de normas e procedimentos, bem como revisão dos processos de trabalho relacionados à gestão e à assistência, pois o sistema condiciona o acesso aos recursos disponíveis de acordo com critérios impessoais, conforme as informações clínicas dos usuários, os fluxos estabelecidos e os protocolos utilizados (BRASIL, 2006).

Existem ainda outras dimensões que interferem no desenvolvimento da integralidade, como a dificuldade de compreensão das individualidades do sujeito e

a consequente persistência da centralidade do tratamento de patologias, fragilizando o sistema de referência e contrarreferência e a integração entre os níveis de atenção, que deveriam funcionar de acordo com o que é previsto pelos arranjos organizativos das redes de atenção que visam atender às necessidades de saúde da população (FERTONANI et al., 2015).

2.3 O ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Com toda essa problemática apresentada, em princípio, o acesso aos serviços de saúde em qualquer nível de atenção deveria ser garantido, e assim a população que desperta a demanda compareceriam para receber o atendimento solicitado (CECÍLIO, 2001).

No entanto, o acesso universal não pode se resumir ao prisma da expansão do Sistema, pois, paradoxalmente, à medida em que existe a preocupação de ampliação de serviços para garantir o acesso aos serviços de saúde, o absenteísmo dos usuários no sistema de saúde configura-se numa realidade usual e, em determinadas circunstâncias, ocorre em grandes proporções chegando a mais de 50% de faltas (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; MELO; BRAGA; FORTE, 2011; OLESKOVICZ et al., 2014).

Assim, aos poucos, emerge esta vertente que ainda vem sendo pouco explorada e que diz respeito à dimensão da não-utilização", que seria o absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde e suas implicações no restante da rede de saúde onde a ausência acontece, tanto na perspectiva da destinação de recursos não utilizados, quanto na perda da oportunidade de ocupar a agenda com outro paciente que necessita do serviço, produzindo efeitos negativos nos serviços que trabalham com a lógica do agendamento (BENDER; MOLINA; MELLO; 2010; MELO; BRAGA; FORTE, 2011).

Segundo o Dicionário Michaelis (2015), o termo "absenteísmo" significa o hábito de estar ausente da pátria ou do emprego, ou ainda, uma ausência premeditada. Nos assuntos relacionados à saúde, este termo é mais frequentemente utilizado para fazer referência à falta dos profissionais em seu ambiente de trabalho. Porém, observa-se, em estudos mais recentes, uma ampliação na aplicabilidade desse

termo, estendendo-se também ao fenômeno das faltas dos usuários aos serviços de saúde (OLESKOVICZ et al., 2014).

Uma análise preliminar de pesquisas sobre este tema evidencia que alguns trabalhos focalizam o absenteísmo voltado para o não comparecimento dos usuários aos serviços de saúde em diferentes níveis de atenção, destacando-se cirurgias eletivas, consultas e exames de média e alta complexidade e envolvendo principalmente a odontologia (JANDREY; DREHMER, 1999; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; MELO; BRAGA; FORTE, 2011; CAVALCANTI et al., 2013; IZECKSON; FERREIRA, 2014; DALRI, 2014).

Dados de pesquisas acadêmicas ou de relatórios de gestão afirmam que o índice de não comparecimento de usuários às consultas e exames agendados no SUS apresenta-se com um panorama preocupante, pois de forma geral este é sempre próximo ou superior a 25% (OLESKOVICZ et al., 2014; DALRI, 2014).

Importante destacar que, num contexto de escassez de portas de entrada, a subutilização do SUS revela um paradoxo. Esta contradição lógica ou aparente falta de nexos evidencia a necessidade de se aprofundar na magnitude e nas causas do absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde.

Além da perda de recursos, o não comparecimento do usuário à consulta sem qualquer comunicação prévia pode gerar prejuízos na continuidade da assistência comprometendo a resolutividade das demandas de saúde, dificultar o acesso de outras pessoas e acarretar aumento do tempo de espera e das demandas de urgência (BENDER, MOLINA; MELLO, 2010; HAITER, 2014; DALRI, 2014).

No contexto da saúde bucal, Jandrey e Drehmer (1999) afirmam que o absenteísmo dos usuários pode ser considerado um problema tanto de planejamento e gerenciamento quanto de processo didático e metodológico, envolvendo fatores como a ociosidade da capacidade instalada, baixa cobertura dos serviços e frustração com uma prática que objetiva a integralidade das ações em saúde.

Ao pesquisar informações sobre a ocorrência do não comparecimento dos usuários aos serviços de saúde, os autores ressaltam a grande ocorrência do absenteísmo. A partir de informações em jornais e em outros meios de comunicação virtuais, Oleskovicz e colaboradores (2014) relataram que em lugares como o Amazonas ocorre 37% de faltas às consultas, no ABC Paulista e em Uberlândia ocorre 25% de

faltas, na cidade de São Paulo a espera por exames de ultrassonografia é de 3 meses, mas 40% das vagas ficam ociosas.

No Espírito Santo, registros oficiais evidenciam que, em 2014, 40% do total de consultas e exames de média e alta complexidade ofertados mensalmente foram desperdiçados pelo não comparecimento dos usuários. Nesse contexto, o então Secretário de Estado da Saúde afirmou que é preciso que o paciente se conscientize da importância de desmarcar o agendamento com pelo menos três dias de antecedência. No entanto, a impossibilidade de comparecer à consulta deve ser comunicada diretamente pelo usuário na Unidade Básica de Saúde (UBS) que gerou o encaminhamento (ESPÍRITO SANTO, 2014).

Outras pesquisas também ressaltam o absenteísmo dos usuários. Jandrey e Drehmer (1999) relatam 41,6% de faltas dos usuários encaminhados ao serviço de odontologia. Já Bender, Molina e Mello (2010), identificaram o não-comparecimento de 34,4% dos usuários encaminhados de uma unidade de saúde de Florianópolis para as consultas com especialistas, ao passo que Cavalcanti e colaboradores (2013) apontam 32,8% de faltas às consultas encaminhadas aos serviços de especialidades em 2009 e 39,8% em 2010, indicando uma tendência crescente deste fenômeno. Izecksohn e Ferreira (2014) relataram 48,9% de não comparecimento às consultas em duas equipes de ESF no município do Rio de Janeiro.

Dentre os motivos do absenteísmo, as pesquisas destacam o esquecimento da consulta como o fator principal, seguidos de agendamento em horários inoportunos, falta de tempo, não conseguir identificar o local da consulta, distância entre a residência do usuário e o local do serviço de saúde, não ter recursos financeiros para se deslocar até o local da consulta, burocracia no agendamento, não haver responsável disponível para acompanhar a criança/adolescente, adoecimento do paciente, perda do cartão de agendamento e até mesmo fazer compras no horário agendado (JANDREY; DREMER, 1999; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; MELO; BRAGA; FORTE, 2011; CAVALCANTI et al., 2013; OSLEKOVICZ et al., 2014; IZECKSOHN; FERREIRA, 2014; HAITER, 2014).

No contexto da saúde bucal, o desconhecimento, o desinteresse ou a indiferença da importância do tratamento odontológico, o medo e a ansiedade acerca do tratamento a ser realizado, bem como da facilidade em se agendar as consultas em

odontologia, são motivos apontados como os causadores das faltas às consultas por esquecimento (MELO; BRAGA; FORTE, 2011; DALRI, 2014; HAITER, 2014).

Em relação à categorização de barreiras ao atendimento odontológico, Haiter (2014) destaca os fatores relacionados ao indivíduo (baixa percepção da necessidade do tratamento, ansiedade e medo, dificuldade financeira e de acesso), à prática profissional (formação inadequada e sensibilidade insuficiente para as necessidades dos pacientes, inadequação de recursos humanos) e à sociedade (poucas ações de promoção à saúde, instalações inadequadas para a realização dos serviços e pouco incentivo à pesquisas).

Jandrey e Drehmer (1999) consideram ainda que as resistências institucionais, dentre elas a pouca flexibilidade de horários e o tipo de acolhimento ofertado aos usuários, além do tipo de conduta que será utilizada no tratamento também se configuram como barreiras que podem influenciar o acesso e utilização dos serviços de saúde.

Dentre as propostas de intervenção para reduzir o absenteísmo, alguns autores sugerem a utilização de metodologias mais eficientes de planejamento e acompanhamento gerencial sistemático envolvendo os fluxos de referência e contrarreferência, melhor aproveitamento das visitas dos Agentes Comunitários de Saúde, além de uma definição, via política nacional de saúde, de um limite máximo aceitável de absenteísmo (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; CAVALCANTI et al., 2013).

A divulgação dos dados referentes ao absenteísmo e o desenvolvimento de ações de educação em saúde sobre a importância do tratamento e sua continuidade implicando na corresponsabilização são apontados como estratégias para sensibilizar gestores, profissionais e usuários para gerar reflexão e discussão desse fenômeno (SANTOS, 2008; MELO; BRAGA; FORTE, 2011; SÁ, 2012; DALRI, 2014; HAITER, 2014).

Outras pesquisas ressaltam a importância de realizar mudanças na dinâmica dos serviços de modo a contribuir para a redução do absenteísmo, tais como a facilidade na desmarcação e no reagendamento das consultas, a ampliação das formas de comunicação entre usuários e serviços de saúde, além de escuta dos usuários e maior flexibilidade com relação à disponibilidade de horários que sejam mais

convenientes aos usuários. (JANDREY; DREHMER, 1999; MELO; BRAGA; FORTE, 2011; DALRI, 2014; IZECKSOHN; FERREIRA, 2014; OLESKOVICZ et al., 2014).

3 JUSTIFICATIVA

Por estar inserido na gestão de saúde do município de Vila Velha e, percebendo a complexa e dinâmica movimentação dos usuários em busca dos serviços de saúde, chamou-me a atenção esta informação divulgada pela SESA não somente pela quantidade de consultas e exames não realizados, mas também pela forma em que a redação da informação trazendo o termo "desperdiçado" reforça a tendência de culpabilização dos pacientes pelo não comparecimento como se as causas deste fenômeno fossem unilaterais, neutralizando a responsabilidade do governo com relação às faltas.

Além disso, as pesquisas encontradas na literatura apontam também para esta tendência em trazer um viés de culpabilização dos usuários pelo não comparecimento às consultas agendadas na maioria das ocasiões, além de sinalizarem problemas no procedimento de marcação de consultas.

Ainda é importante ressaltar que o esquecimento da consulta configura-se como principal causa do absenteísmo, e que apenas no contexto da saúde bucal parece ocorrer um aprofundamento na investigação das causas deste esquecimento com relação ao agendamento das consultas, o que não acontece nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Mesmo tendo o embasamento da PNAB em que o cumprimento da função de porta de entrada implica em várias dimensões como a acessibilidade, disponibilidade de serviços, aceitabilidade e nível de informação dos usuários, que o uso do serviço depende da interação entre os sujeitos envolvidos (usuários e profissionais) e que a continuidade da atenção pode depender de situações diferentes daquelas que geraram o contato inicial, poucas são as situações em que são apontados fatores causais mais relacionados ao processo de trabalho e organização do sistema do que relacionados à culpabilização dos usuários.

Nesse contexto, percebe-se que é necessário que sejam desenvolvidos mais estudos sobre este tema, pois, sem o aprofundamento destas questões, não fica claro quais seriam os fatores que levam ao desequilíbrio entre a oferta e a demanda, gerando um comprometimento desta relação.

Neste sentido, este estudo propõe-se a analisar o acesso e o absenteísmo aos

serviços de saúde do município de Vila Velha - ES, sendo uma pesquisa inédita e de relevância para o município.

A descrição da magnitude do absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde, bem como das causas deste fenômeno, poderá trazer maior visibilidade para este tema, além de sensibilizar os próprios usuários, gestores e trabalhadores da saúde a respeito das consequências que estas faltas provocam, direta e indiretamente, ao sistema de saúde.

Este estudo poderá contribuir ainda para o planejamento e formulação de estratégias que otimizem a relação entre oferta e demanda de serviços de saúde, bem como na identificação da necessidade de mudança de processos de trabalho e na lógica organizacional do sistema de marcação de consultas no município.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o acesso e o absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde na rede municipal de saúde de Vila Velha, Espírito Santo, Brasil.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Quanto aos objetivos específicos, esta pesquisa delimitou-se a:

- 1) Verificar a quantidade de consultas clínicas agendadas e a ocorrência do absenteísmo na Atenção Básica do município nos anos de 2014 e 2015;
- 2) Verificar a quantidade de consultas clínicas agendadas e a ocorrência do absenteísmo na Atenção Especializada disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) ao município de Vila Velha no ano de 2015, bem como o tempo médio de espera entre o dia da solicitação no SISREG e o dia da consulta clínica agendada;
- 3) Analisar o processo de marcação de consultas nos dois níveis de atenção;
- 4) Analisar os fatores causais relacionados ao absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde apontados pelos profissionais de saúde e pelos próprios usuários.

5 MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva de caráter quali-quantitativo, uma vez que foram utilizadas informações coletadas tanto de dados institucionais, quanto de dados obtidos por meio de entrevistas. Portanto, esta pesquisa constituiu-se de duas etapas que compreenderam os dados quantitativos e qualitativos, respectivamente.

Considerando que este estudo foi desenvolvido acerca do absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde e, envolve o levantamento documental e entrevista como técnica de pesquisa, vai ao encontro do que Canzonieri (2011) e Gil (2014) enfatizam a respeito das características da pesquisa do tipo exploratória, que visa esclarecer e, eventualmente, mudar conceitos e ideias, formulando problemas mais precisos que fomentem estudos posteriores, além de se constituir, geralmente, como a primeira etapa de uma investigação mais ampla, sendo o tipo mais adequado para a realização de pesquisas qualitativas.

Esta pesquisa envolve também as propriedades da pesquisa descritiva que, segundo Canzonieri (2011) e Gil (2014), apresenta técnicas padronizadas de coleta de dados como uma de suas características, tem o objetivo de estudar as características de um grupo e pode ser utilizada tanto em pesquisas quantitativas como qualitativas.

Importante destacar que a diferença entre as abordagens qualitativa e quantitativa é de cunho natural, e não hierárquico, ou seja, não deveria existir uma conceituação em que a abordagem quantitativa fosse considerada como mais importante por ser objetiva e científica e a qualitativa em segundo plano por ser subjetiva e impressionista. Nesse sentido, as diferenças entre estes dois tipos de abordagem não são incompatíveis e trazem uma oposição complementar que, quando trabalhada de modo prático e teórico, “produz riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa” (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015, p. 22).

Oliveira (2011) afirma que este tipo de pesquisa tem o objetivo de expor as características de determinados fenômenos ou populações, estabelecendo relações entre as variáveis sem a intenção de explicá-los.

Portanto, para alcançar os objetivos propostos, foi utilizada a metodologia quali-quantitativa, compreendendo análises estatísticas descritivas para apreender as questões quantitativas relacionadas ao número de solicitações e de absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde, e análise temática das entrevistas realizadas com os profissionais e usuários para abranger os temas qualitativos referentes à compreensão do acesso aos serviços de saúde e do fenômeno do absenteísmo no ponto de vista dos entrevistados.

5.1 ETAPA QUANTITATIVA

Esta etapa consistiu-se no estudo descritivo de dados institucionais que representaram a quantidade de consultas agendadas e de absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde na AB e na AE, e compreendeu os dois primeiros objetivos da pesquisa.

Consideram-se, neste estudo, os registros e relatórios de instituições governamentais como dado documental. Desta forma, apesar de se tratar de dados que fazem referência às pessoas, os registros são obtidos de forma indireta e apresentam a capacidade de proporcionar dados em quantidade e qualidade suficientes (GIL, 2014).

Esta análise permite que os dados sejam organizados e descritos, facilitando a identificação de valores e a quantificação das variáveis presentes nos dados por meio de tabelas, gráficos e outras sínteses numéricas (SOARES; SIQUEIRA 2002).

Os resultados dos dados referentes ao absenteísmo dos usuários na AB e ao absenteísmo na AE foram apresentados na forma de Artigos 1 e 2, respectivamente, estando contidos na seção de Resultados e Discussão.

5.1.1 Fases da coleta dos dados quantitativos

Foram utilizados dados secundários que compreenderam os relatórios de agendamento e de faltas às consultas. Para o estudo do absenteísmo dos usuários

na AB foram solicitados os relatórios gerados pelo sistema de informação desenvolvido pelo Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Telecomunicações (CPqD), sistema este que leva o mesmo nome, utilizado pela SEMSA. Para o estudo do absenteísmo dos usuários na AE foram solicitados os relatórios gerados pelo Sistema de Regulação (SISREG), criado pelo Ministério da Saúde, e que realiza a regulação e agendamento das consultas e procedimentos disponibilizados pela SESA - ES aos municípios.

Os relatórios gerados pelo sistema CPqD, referentes ao agendamento e absenteísmo na AB compreendem o período em que as agendas foram ocupadas de 01 de Janeiro de 2014 a 31 de Dezembro de 2014 (para os dados referentes a 2014) e o período de de 01 de Janeiro de 2015 a 31 de Dezembro de 2015 (para os dados referentes a 2015).

Já os relatórios de agendamento e absenteísmo referentes às consultas especializadas disponibilizadas pela SESA referem-se ao ano de 2015. Uma vez que o relatório do SISREG engloba a data em que os agendamentos foram realizados e a data em que as consultas foram marcadas, estariam incluídos os usuários que eventualmente tenham sido agendados de 2015 para 2016 e também usuários que faltaram às consultas em 2015, mas que possam ter sido agendados em 2014.

Assim, é importante destacar que, neste estudo, o quantitativo de solicitações e de faltas refere-se àquelas realizadas entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2015. Portanto, foi considerada a necessidade de corrigir estas fragilidades cruzando os dados do ano de 2014 com os de 2015, identificando os usuários que tenham sido agendados para 2015 e que não tenham comparecido à consulta, excluindo-os do banco de dados, e realizando também a exclusão daqueles que tenham sido agendados de 2015 para 2016. Dessa forma, os dados referentes à análise do absenteísmo para as consultas com especialidades médicas referem-se somente àquelas agendadas e realizadas no ano de 2015.

5.1.2 Análise dos dados quantitativos

Foi realizada a análise descritiva das consultas clínicas agendadas nas UBS nos anos de 2014 e 2015, além das consultas agendadas para as especialidades

disponibilizadas pela SESA no ano de 2015, destacando o absenteísmo ocorrido para cada uma destas dimensões da pesquisa.

A análise dos dados quantitativos referentes ao número de consultas agendadas e absenteísmo na AB foi realizada por meio de análises estatísticas descritivas, com cálculo de frequências absoluta e relativa, utilizando o *software Microsoft Excel*, versão 2010.

Além da apresentação quantitativa das frequências de consultas e absenteísmo na AB, foram descritas as características de densidade populacional, modelos de funcionamento das UBS e os aspectos socioeconômicos de cada região de saúde, para que pudesse ser realizada uma relação entre estas variáveis e as possíveis causas do absenteísmo na AB.

Com relação às consultas para as especialidades, foram analisadas a quantidade de consultas agendadas e o número de faltas por especialidade médica, apresentadas na forma de frequência de ocorrência e porcentagem de faltas. Também foi observado o tempo médio de espera entre o dia da solicitação no sistema e o dia da consulta clínica agendada.

Assim, os dados referentes à AE foram analisados estatisticamente utilizando-se o banco de dados *Structured Query Language (MySQL®)* para cruzamento das informações, o programa *Microsoft Excel®* para a tabulação dos dados e programa *Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS®)* para a realização das análises descritivas.

5.2 ETAPA QUALITATIVA

Esta etapa consistiu-se na coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas para compreender o processo de marcação de consultas nos pontos de atenção do município, e buscar esclarecer as causas das faltas às consultas agendadas.

No caso desta pesquisa, foram consideradas algumas premissas que, por definição, remetem às informações essenciais para elaborar um raciocínio que pudesse levar à conclusão de um estudo.

As entrevistas como técnica de coleta de dados são adequadas às pesquisas que têm seu foco na obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, sentem ou desejam, fazem ou fizeram, bem como suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes (GIL, 2014).

A entrevista semiestruturada possui roteiro e perguntas previamente estabelecidos, mas ocorre um diálogo contínuo entre o pesquisador e o sujeito, com o objetivo de atender aos objetivos da entrevista. Para Minayo (2014), este tipo de entrevista deve resultar na obtenção de dados considerados essenciais que contemplem a abrangência das informações esperadas.

Para contemplar o terceiro objetivo, foram analisadas as falas dos profissionais de saúde para compreender a dinâmica da marcação de consultas no território e o processo de marcação de consultas para a AE, sendo possível elaborar um esquema onde são visualizadas as etapas deste procedimento. Esta temática também foi apresentada na forma de artigo na seção de Resultados e Discussão, compondo, portanto, o Artigo 3.

Por fim, para alcançar o que se propõe no último objetivo, foi realizada a análise temática das entrevistas com os profissionais e com os usuários, a fim de expor as concepções destes atores a respeito do acesso e das causas do absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde, sendo apresentada na seção secundária dos Resultados e Discussão.

5.2.1 Fases da coleta dos dados qualitativos

Foram realizadas quarenta e duas entrevistas semiestruturadas, sendo dezesseis profissionais (lotados nas UBS e na Regulação municipal) e vinte e seis usuários (um de cada especialidade médica disponibilizada pela SESA).

Partindo da premissa de que é possível que haja fragilidades no processo de marcação de consultas e nos encaminhamentos para as especialidades médicas, foi necessário compreender a forma com que esta marcação é realizada, bem como as condições em que são feitos os encaminhamentos, pois poderiam apontar fatos geradores do absenteísmo dos usuários.

Para isso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais de cinco UBS (uma de cada região administrativa), sendo, portanto, cinco gerentes, cinco médicos e um profissional que atua no processo de agendamento dos encaminhamentos para consultas na Atenção Especializada (AE), totalizando onze profissionais das UBS.

Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais do setor de Regulação do município, envolvidos no direcionamento dos usuários na busca pela consulta especializada, compreendendo um coordenador, três médicos reguladores e um operador do SISREG, totalizando cinco profissionais.

As entrevistas com os profissionais das UBS foram realizadas de forma individual, e ocorreram na estrutura da própria UBS, sendo na sala da gerência ou consultório médico. Já os profissionais do setor de Regulação foram entrevistados de forma individual nas dependências da SEMSA.

Na intenção de impossibilitar a identificação destes entrevistados, os profissionais das UBS e do setor de Regulação do município foram identificados neste estudo como Gerentes de Unidade (GU), Médicos de Unidade (MU), Recepção de Unidade (RU) e Profissionais da Regulação (PR), seguidos pela numeração elaborada de forma aleatória de 1 a 5 no caso dos GU e MU e PR.

Considerando a premissa de que há uma tendência de culpabilizar os usuários pelo absenteísmo às consultas agendadas, a escuta destes atores sociais foi de grande importância para alcançar os objetivos do estudo. Assim, os usuários entrevistados foram selecionados por meio do sorteio de um nome de cada especialidade disponibilizada pelo relatório do SISREG.

As entrevistas com os usuários foram realizadas por meio de ligações telefônicas, sendo esclarecido que as ligações estavam sendo gravadas, bem como explicitados os motivos do contato e os objetivos da pesquisa. Optou-se pelo critério de iniciar as ligações a partir do mês mais recente para os meses anteriores, na intenção de reduzir o viés de memória. Estes usuários foram identificados com a sigla "U", seguida pelo número correspondente à entrevista registrada.

Os critérios de inclusão foram: a existência de telefone de contato no cadastro da solicitação, ter idade maior de 18 anos e aceitar, de forma verbal, que está de acordo em participar da pesquisa após os devidos esclarecimentos. Também foram

incluídos aqueles que se declararam responsáveis pelos usuários a serem entrevistados.

Após estarem de acordo em participar da pesquisa, foram consideradas válidas as entrevistas em que era respondida a principal pergunta que se referia às causas pelas quais o usuário entrevistado não compareceu à consulta. Assim, a negativa de resposta a qualquer uma das demais questões não invalidava a entrevista.

Foram consideradas como sem sucesso as tentativas de contato com o usuário cujo número registrado tenha passado por três ligações em momentos diferentes, e que não tenha atendido a nenhuma delas.

Para Gil (2014), a entrevista por telefone apresenta vantagens em relação à entrevista pessoal. Dentre estas, destacam-se os custos reduzidos para realização do contato, a facilidade na seleção da amostra, a rapidez na execução e a maior aceitação dos moradores de grandes cidades por temerem abrir a porta de sua casa para estranhos.

As entrevistas com os profissionais e as ligações telefônicas foram gravadas por meio do aplicativo de gravação de áudio do telefone celular (Gravador de Voz *Samsung*) para que as entrevistas pudessem ser transcritas em seguida.

Todos os entrevistados que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com exceção dos usuários, cujo TCLE fora substituído pelo consentimento verbal gravado.

5.2.2 Análise dos dados qualitativos

A análise das informações obtidas pelas entrevistas deu-se por meio da análise temática, que é uma técnica simples e considerada apropriada para investigações qualitativas em saúde (MINAYO, 2014).

A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido, focos de uma comunicação, denominados temas e que podem ser representados por uma palavra, uma frase, ou um resumo. O processo da análise desdobra-se em três etapas, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados (MINAYO, 2014).

Na pré-análise são retomadas as premissas e os objetivos iniciais da pesquisa, determinando-se a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização e codificação e conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise (MINAYO, 2014).

Na exploração do material busca-se encontrar as categorias, que são as expressões ou palavras mais significativas, realizando a classificação e a agregação dos dados específicas do tema estudado (MINAYO, 2014).

No tratamento dos resultados e interpretação, o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações que são relacionadas com o quadro teórico inicial, além de poder identificar novas dimensões de interpretação (MINAYO, 2014).

No caso deste estudo, foram definidos como indicadores os temas referentes ao acesso dos usuários aos serviços de saúde e o procedimento de marcação de consultas (envolvendo o processo de trabalho empregado neste tema), as causas do absenteísmo e seu desdobramento pelo ponto de vista dos profissionais, e as causas do absenteísmo e seu desdobramento pelo ponto de vista dos usuários.

5.3 LOCAL DO ESTUDO

5.3.1 Características gerais do local de estudo

Vila Velha possui 440.705 habitantes, e a organização político-administrativa do município compreende 05 Regiões Administrativas, a saber: **Região 01** - Vila Velha Centro; **Região 02** - Ibes; **Região 03** - Aribiri/Argolas; **Região 04** - Cobilândia/São Torquato; **Região 05** - Jucu.

Possui em seu território 18 Unidades de Saúde (sendo 9 Unidades com Estratégia Saúde da Família [ESF] e outras 9 Unidades Básicas de Saúde [UBS]), além de 1 Hospital Municipal, 1 Centro Municipal de Atenção Secundária (CEMAS), 2 pronto-atendimentos, 1 Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS ad), 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 1 Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS.

5.3.1.1 Região I

A região I possui uma população aproximada de 173.355 habitantes, e é composta pelos bairros: Centro de Vila Velha; Boa Vista I; Boa Vista II; Coqueiral de Itaparica; Cristóvão Colombo; Divino Espírito Santo; Glória; Ilha dos Ayres; Itapuã; Jaburuna; Jockey de Itaparica; Olaria; Praia da Costa; Praia das Gaivotas; Praia de Itaparica; Residencial Coqueiral; Soteco; Vista da Penha (VILA VELHA, 2013).

A região I possui 2 UBS, e é a mais populosa do município, representando 36% da população total. A renda nominal média é de R\$ 1.881,36, compreendendo o maior rendimento médio do município.

5.3.1.2 Região II

A região II possui população aproximada de 64.657 habitantes, e é composta pelos bairros: Ibes; Araçás; Brisamar; Cocal; Darly Santos; Guaranhuns; Ilha dos Bentos; Jardim Asteca; Jardim Colorado; Jardim Guadalajara; Jardim Guaranhuns; Nossa Senhora da Penha; Nova Itaparica; Novo México; Pontal das Garças; Santa Inês; Santa Mônica Popular; Santa Mônica; Santos Dumont; Vila Guaranhuns; Vila Nova (VILA VELHA, 2013).

A região II possui 4 Unidades de Saúde que funcionam com a ESF, e representa 16,9% da população total. A renda nominal média dessa região equivale a R\$ 1.374,57, sendo a região com o segundo maior rendimento do município.

5.3.1.3 Região III

A região III possui população aproximada de 78.037 habitantes, e é composta pelos bairros: Aribiri; Argolas; Ataíde; Cavalieri; Chácara do Conde; Dom João Batista; Garoto; Ilha da Conceição; Ilha das Flores; Paul; Pedra dos Búzios; Primeiro de Maio; Sagrada Família; Santa Rita; Vila Batista; Vila Garrido; Zumbi dos Palmares (VILA VELHA, 2013).

A região III apresenta 4 UBS e representa 16,7% da população total. A renda nominal média é de R\$ 951,92, sendo a menor renda média do município.

5.3.1.4 Região IV

A região IV possui uma população de 59.931 habitantes. É composta pelos bairros: Cobilândia; Alecrim; Alvorada; Cobi de Baixo; Cobi de Cima; Industrial; Jardim do Vale; Jardim Marilândia; Nova América; Planalto; Rio Marinho; Santa Clara; São Torquato; Vale Encantado; Pólo Empresarial Novo México (VILA VELHA, 2013).

A região IV possui 4 UBS e representa 16% da população total do município. A renda nominal média é de R\$ 1.107,24, sendo a quarta renda média do município.

5.3.1.5 Região V

A região V possui população aproximada de 64.725 habitantes, e é composta pelos bairros: Barra do Jucu; Balneário Ponta da Fruta; Barramares; Cidade da Barra; Interlagos; Jabaeté; João Goulart; Morada da Barra; Morada do Sol; Morro da Lagoa; Normília da Cunha; Nova Ponta da Fruta; Ponta da Fruta; Praia dos Recifes; Riviera da Barra; Santa Paula I; Santa Paula II; São Conrado; Terra Vermelha; Ulisses Guimarães; Vinte e Três de Maio (VILA VELHA, 2013).

A região V possui 5 Unidades de Saúde que funcionam com a ESF, e representa 14,4% da população total. A renda nominal média é de R\$ 1.148,94, sendo a terceira renda média do município. O Quadro 3 resume a distribuição da população de acordo com as regiões e as respectivas unidades de saúde.

QUADRO 3: Distribuição da população de acordo com as regiões e as respectivas Unidades de Saúde

REGIÃO	UNIDADE	POPULAÇÃO
Região I (UBS)	Glória	91.374
	Coqueiral de Itaparica	81.981
Região II (ESF)	Araçás	16.968
	Ibes	18.286
	Vila Nova	19.380
	Jardim Colorado	10.023
Região III (UBS)	Paul	15.531
	Santa Rita	26.658
	Vila Garrido	9.532
	Dom João Batista	26.316
Região IV (UBS)	São Torquato	10.390
	Vale encantado	12.853
	Jardim Marilândia	36.688
Região V (ESF)	Terra Vermelha	18.236
	Barra do Jucu	10.515
	Ulisses Guimarães	12.579
	Barramares	14.852
	Ponta da fruta	8.543

Fonte: Vila Velha, 2013.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado de acordo com os princípios éticos que constam na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual estabelece as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no país, e é parte integrante da Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde, CNPq/Decit nº 41/2013 que propõe a criação do Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, sob a coordenação do Prof. Dr. Emerson Elias Merhy, tendo como instituição executora a Universidade Federal do Rio de Janeiro e instituições colaboradoras a Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Universidade de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Compõe especificamente a pesquisa de número 6, Análise microvetorial do impacto da Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema

Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável, nos seus aspectos macro e micropolíticos. A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisas e aprovada sob o parecer nº 876.415.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, os resultados e a discussão da dissertação foram apresentados na forma de três artigos. Os resultados referentes à análise qualitativa das causas do absenteísmo sob a perspectiva dos profissionais e dos usuários entrevistados não foram apresentados nesta formatação devido à amplitude da apresentação dos temas encontrados nas falas desses protagonistas e uma abordagem ampliada na discussão destes resultados associadas ao limite temporal do mestrado.

O Artigo 1 foi submetido à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde (RBPS) em 10 de Março de 2016, sendo aceito em sua totalidade em 27 de Abril de 2016, conforme o ANEXO B.

Os Artigos 2 e 3 foram desenvolvidos de acordo com as normas da ABNT. Posteriormente, deverão ser ajustados às normas das revistas científicas escolhidas para submissão.

6.1 ARTIGO 1: ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXÕES SOBRE O ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS

RESUMO

Introdução: O acesso universal e equânime em todos os níveis de assistência está na base do sistema de saúde brasileiro e se apresenta como importante condição para redução das desigualdades sociais na saúde e como um desafio a ser assegurado no cotidiano das práticas de saúde. À medida que existe a preocupação com a ampliação de serviços para garantir o acesso, sua subutilização revela um paradoxo. **Objetivo:** Analisar a incidência de absenteísmo dos usuários na Atenção Básica em um município do estado do Espírito Santo. **Métodos:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários do sistema de informação da Secretaria de Saúde do Município de Vila Velha, Espírito Santo, nos anos de 2014 e 2015. **Resultados:** Em 2014, foram agendadas 250.547 consultas e ocorreram 33.716 faltas de usuários, representando 13,45% de absenteísmo. Em 2015, foram agendadas 250.315 consultas, sendo que 29.571 não ocorreram devido ao absenteísmo dos usuários, totalizando 11,81%. **Conclusão:** A relação entre os índices de não comparecimento dos usuários às consultas agendadas nos serviços

de saúde e as características relacionadas ao rendimento da população e tipologia das Unidades de Saúde apontam para a relevância dessa temática e a importância de se aprofundar na complexidade causal, a fim de propor ações efetivas para reduzir o absenteísmo ou mitigar seus impactos negativos, assegurando o acesso universal ao Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Acesso; Absenteísmo dos usuários da saúde.

ABSTRACT

Introduction: universal and equitable access at all levels of care is the basis of the Brazilian health system and is presented as an important condition for reducing social inequalities in health and as a challenge to be ensured in the daily health practices. As there is a concern with the expansion of services to ensure access, their underutilization reveals a paradox. **Objective:** To analyze the incidence of absenteeism in Primary users in a city in the state of Espírito Santo. **Methods:** A descriptive study with a quantitative approach, from secondary data analysis of information from the Health Department of the Municipality of Vila Velha (ES) system, in the years 2014 and 2015. **Results:** In the year 2014, 250.547 consultations were scheduled and there were 33.716 absences users, representing 13.45% of absenteeism. In the year 2015, 250.315 consultations were scheduled, of which 29.571 occurred not due to absenteeism of users, totaling 11.81%. **Conclusion:** The relationship between non-attendance rates of users to scheduled appointments in health services and features related to the income of the population and type of health units and point to the importance of this issue and the importance of strengthening the causal complexity, in order to propose effective measures to reduce absenteeism or mitigate its negative impacts, ensuring universal access to Health System.

KEY WORDS: Primary Health Care; Access; Absenteeism of health users

INTRODUÇÃO

O acesso universal e equânime em todos os níveis de assistência está na base do sistema de saúde brasileiro e se apresenta como importante condição para redução

das desigualdades sociais na saúde¹ e como um desafio a ser assegurado no cotidiano das práticas de saúde.

À medida que existe a preocupação com a ampliação de serviços para garantir o acesso, importante destacar que sua subutilização revela um paradoxo. Esta contradição lógica ou aparente falta de nexos evidencia a necessidade de se aprofundar no diagnóstico do absenteísmo dos usuários nos serviços de saúde. A análise sobre a relevância dessas faltas dos usuários é considerada estratégica para melhorar a gestão dos serviços públicos de saúde.

O absenteísmo dos usuários no sistema de saúde configura-se numa realidade usual e, em determinadas circunstâncias, ocorre em grandes proporções, atingindo mais de 50% de faltas²⁻⁴.

Segundo o Dicionário Michaelis⁵, o termo "absenteísmo" significa o hábito de estar ausente da pátria ou do emprego, ou ainda, uma ausência premeditada. Nos assuntos relacionados à saúde, este termo é mais frequentemente utilizado para fazer referência à falta dos profissionais em seu ambiente de trabalho. Porém, observa-se, em estudos mais recentes, uma ampliação na aplicabilidade deste termo, estendendo-se também ao fenômeno das faltas dos usuários aos serviços de saúde⁴.

Uma análise preliminar de pesquisas sobre este tema evidencia que alguns trabalhos focalizam o absenteísmo voltado para o não comparecimento dos usuários aos serviços de saúde em diferentes níveis de atenção, destacando-se cirurgias eletivas, consultas e exames de média e alta complexidade e envolvendo principalmente a odontologia^{2-3; 6-8}.

Dados de pesquisas acadêmicas ou de relatórios de gestão afirmam que o índice de não comparecimento de usuários às consultas e exames agendados no SUS apresenta-se com um panorama preocupante, pois de forma geral este é sempre próximo ou superior a 25%^{4;8}.

A partir de informações em jornais e em outros meios de comunicação virtuais, Oleskovicz e colaboradores⁴ relataram que em lugares como o Amazonas ocorre 37% de faltas às consultas, no ABC Paulista e em Uberlândia ocorre 25% de faltas, na cidade de São Paulo a espera por exames de ultrassom é de 3 meses, mas 40% das vagas ficam ociosas.

Outras pesquisas também ressaltam o absenteísmo dos usuários. Uma delas relata a ocorrência de 41,6% de faltas dos usuários encaminhados ao serviço de odontologia⁹. Em Florianópolis, pesquisadores identificaram o não-comparecimento de 34,4% dos usuários encaminhados de uma unidade de saúde de para as consultas com especialistas², ao passo que em João Pessoa foi relatado 32,8% de faltas às consultas encaminhadas aos serviços de especialidades em 2009 e 39,8% em 2010, indicando uma tendência crescente deste fenômeno⁶. No Rio de Janeiro, outra pesquisa revelou 48,9% de não-comparecimento às consultas em duas equipes de ESF⁷. No Espírito Santo, registros oficiais evidenciam que, em 2014, 40% do total de consultas e exames de média e alta complexidade ofertados mensalmente foram desperdiçados pelo não comparecimento¹⁰.

Diante deste fenômeno, este estudo tem como objetivo analisar a incidência de absenteísmo dos usuários na Atenção Básica em um município do estado do Espírito Santo.

MÉTODO

Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários do sistema de informação da Secretaria de Saúde do Município de Vila Velha, Espírito Santo, nos anos de 2014 e 2015. A coleta de dados realizou-se em dois momentos, sendo uma realizada em fevereiro de 2015 e outra, em fevereiro de 2016. Trata-se de um recorte da dissertação de mestrado intitulada 'Análise do acesso e absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde em um município do Espírito Santo'.

Cenário do Estudo

O município de Vila Velha possui 440.705 habitantes, e sua organização político-administrativa do município compreende cinco Regiões Administrativas: Região I - Vila Velha Centro; Região II - Ibes; Região III - Aribiri/Argolas; Região IV - Cobilândia/São Torquato; Região V – Jucu¹¹.

O município possui em seu território 18 Unidades de Saúde (sendo nove Unidades

com Estratégia Saúde da Família (ESF) e outras nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de um Hospital Municipal, um Centro Municipal de Atenção Secundária, dois pronto-atendimentos, um Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), e um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS¹¹.

As características das cinco regiões com relação à renda média, número e tipo de unidades de saúde e população são descritas no Quadro I.

Quadro I - Características das regiões de saúde, segundo renda média, unidades de saúde e população adscrita.

Região de Saúde	Renda Média	Tipos de Unidades	Unidades de Saúde	População Adscrita
I	R\$ 1.881,36	UBS Tradicional	Coqueiral de Itaparica	81.981
			Glória	91.374
II	R\$ 1.374,57	ESF	Araçás	16.968
			Ibes	18.286
			Jardim Colorado	10.023
			Vila nova	19.380
III	R\$ 951,92	UBS Tradicional	Dom João Batista	26.316
			Paul	15.531
			Santa Rita	26.658
			Vila Garrido	9.532
IV	R\$ 1.107,24	UBS Tradicional	Jardim Marilândia	36.688
			São Torquato	10.390
			Vale Encantado	12.853
V	R\$ 1.148,94	ESF	Barra do jucu	10.515
			Barramares	14.852
			Ponta da Fruta	8.543
			Terra Vermelha	18.236
			Ulisses Guimarães	12.579

Destaca-se que a Região I apresenta a maior média do município e o maior número de habitantes (36% da população geral do município). A região II abrange 16,9% da população e apresenta o segundo maior rendimento do município. A região III possui a menor renda média de Vila Velha e abrange 16,7% da população. As regiões IV e V abarcam, respectivamente, 16% e 14,4% da população geral do município¹¹.

Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada por meio de análises estatísticas descritivas, com cálculo de frequências absoluta e relativa, utilizando o *software Microsoft Excel*, versão 2010.

Aspectos Éticos

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Veiga de Almeida e aprovada sob o parecer nº 876.415, em 18/11/2014.

RESULTADOS

Com relação ao número total de consultas e absenteísmo por ano, nas Unidades de Saúde, no município de Vila Velha, em 2014, foram agendadas 250.547 consultas e ocorreram 33.716 faltas de usuários, representando 13,45% de absenteísmo. Em 2015, foram agendadas 250.315 consultas, sendo que 29.571 não ocorreram devido ao absenteísmo dos usuários, totalizando 11,81% (Tabela 1).

Tabela 1 - Consultas anuais agendadas e absenteísmo dos usuários ocorridos nos anos de 2014 e 2015 segundo a região de saúde, unidades de saúde e população adscrita.

Região de Saúde	Unidades de Saúde	Consultas Agendadas		Absenteísmo	
		Ano 2014	Ano 2015	Ano 2014	Ano 2015
I	Coqueiral de Itaparica	24.601	21.521	4.972 (20,21%)	3.346 (15,54%)
	Glória	55.315	39.208	13.829 (25%)	8.253 (21,04%)
II	Araçás	16.724	16.045	593 (3,55%)	583 (3,54%)
	Ibes		8.369		1.684 (20,12%)
	Jardim Colorado	1.778	3.656	234 (13,16%)	118 (3,23%)
	Vila Nova		6.120		272 (4,44%)
III	Dom João Batista	24.907	24.944	1.010 (4%)	1.735 (6,95%)
	Paul	17.361	17.625	1.495 (8,61%)	1.958 (11,11%)
	Santa Rita	19.153	19.070	339 (1,77%)	265 (1,39%)
	Vila Garrido	5.852	8.017	795 (13,59%)	395 (4,93%)
IV	Jardim Marilândia	29.438	32.564	5.123 (17,4%)	5.841 (17,94%)
	São Torquato	16.895	18.780	2.127 (12,59%)	3.916 (20,85%)
	Vale Encantado	18.222	14.317	2.114 (11,6%)	396 (2,77%)
V	Barra do jucu Barramares	850		185 (21,76%)	
	Ponta da Fruta	6.849	5.920	313 (4,57%)	124 (2,1%)
	Terra Vermelha	11.717	13.943	459 (3,92%)	601 (4,31%)
	Ulisses	885	216	128 (14,46%)	84 (38,89%)
	Guimarães				
	Total		250.547	250.315	33.716 (13,45%)

De acordo com a Região de Saúde, em 2014, as Unidades de Saúde da Região I apresentaram maior percentual de faltas com 23,5% do total de agendamentos, seguidas pelas unidades da região IV com 14,5% de faltas, da região III com 5,4%, região V com 5,34% e Região II com 4,46%.

As regiões que apresentaram maior número de absenteísmo dos usuários às consultas, no ano de 2015, foram novamente as Regiões I e IV, com 19% e 15,4%, respectivamente. A Região II apresentou 7,8% de absenteísmo, a Região III apresentou 6,2% e a Região V apresentou 4% de absenteísmo.

Com relação às disparidades entre as unidades das regiões de saúde, percebe-se que a maior incidência de absenteísmo ocorreu na unidade da Glória, localizada na Região I (que possui a maior renda média do município), com 25% de absenteísmo em 2014 e 21,04% em 2015. Em contrapartida, a menor incidência de absenteísmo no município ocorreu na unidade de Santa Rita, com 1,77% em 2014 e 1,39% em 2015, localizada na Região III, cuja renda média é a menor do município.

Chama a atenção o fato de as duas unidades da Região I apresentarem uma taxa de absenteísmo acima de 15% ao ano, ou seja, maior do que a média do município nos dois anos estudados. Cabe salientar que, juntas, as duas unidades desta região (que são unidades básicas de saúde do modelo tradicional) possuem população adscrita de 173.355 habitantes, o que representa mais de 1/3 dos habitantes do município (35,8%).

Ao comparar os dois anos estudados, observa-se que houve redução de 12,5% de consultas agendadas em Coqueiral de Itaparica, e redução de 29,1% na Glória. No entanto, as taxas de absenteísmo não acompanharam esta proporção, apresentando redução de menos de 5% entre os anos de 2014 e 2015.

Ao contrário do que ocorre na Região I, cuja renda média é a maior do município, a Região III possui a menor renda média e, no entanto, apresentou taxa de absenteísmo de 5,4% em 2014 e 6,2% em 2015.

Vale destacar que no período entre 2014 e 2015, o número de agendamentos nas unidades da Região III (que também são unidades básicas de saúde do modelo tradicional) aproxima-se do número da população adscrita, sendo que na Unidade de Paul, os agendamentos anuais ultrapassam os números da própria população.

Ainda neste contexto, duas das três Unidades de Saúde da Região IV realizaram agendamento de consultas por ano superior ao número da população adscrita em seu território.

As Regiões I, III e IV, que compreendem as Unidades Básicas de Saúde do modelo tradicional, apresentaram maior taxa de absenteísmo quando comparadas às Regiões II e V, cujo território é atendido por Unidades de Saúde com ESF.

DISCUSSÃO

O presente estudo revelou uma incidência de absenteísmo nas unidades básicas do município de Vila Velha, no período de 2014 a 2015, abaixo da encontrada na literatura, e evidenciou que a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde no município estudado variaram de acordo com a renda média e a tipologia das Unidades das Regiões de Saúde. Ressalta-se que a maioria das pesquisas publicadas sobre as faltas de usuários focalizam nos serviços de especialidades, destacando-se as cirurgias eletivas, consultas e exames de média e alta complexidade e envolvendo principalmente a odontologia^{2-3; 6-9}.

O termo acessibilidade relaciona-se a um conjunto de características da oferta de serviços que facilitam ou dificultam o uso por usuários em potencial, ou seja, a capacidade do usuário em obter o cuidado quando necessário, de forma fácil e conveniente, podendo levar a situações de desajuste entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços¹². De acordo com Thiede, Akewengo e McIntyre¹³, o acesso aos serviços de saúde é composto por três dimensões inter-relacionadas: disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade. Atualmente, as principais características do acesso à saúde podem ser englobadas em quatro dimensões, sendo a disponibilidade e o poder de pagamento as duas mais tangíveis, e a aceitabilidade, e a informação as outras duas menos tangíveis¹⁴.

Nas Regiões de Saúde, em ambos os períodos do estudo, as maiores incidências de absenteísmo do município ocorreram nas Unidades de Saúde da Região I, a qual possui a maior renda média do município de Vila Velha. Nesta região, a maior incidência de falta às consultas agendadas ocorreu na Unidade da Glória, que abrange o maior percentual da população geral do município. Cabe salientar que, juntas, as duas Unidades desta Região (que são Unidades Básicas de Saúde, no modelo tradicional) possuem população adscrita de 173.355 habitantes, o que representa mais de 1/3 dos habitantes do município (35,8%). Em contrapartida, a menor incidência de absenteísmo no município ocorreu na unidade de Santa Rita, localizada na Região III, cuja renda média é a menor do município.

A necessidade de saúde é o principal determinante do uso dos serviços de saúde, porém ela não é homogênea entre os grupos sociais¹. A correlação direta da maior incidência do absenteísmo com as Unidades de Saúde da Região que apresentam o maior rendimento do município expressa a maior capacidade aquisitiva do usuário para incorrer com os custos diretos e/ou indiretos envolvidos na utilização dos

serviços, e sugere uma menor necessidade de acesso desta população aos serviços das Unidades de Saúde, provavelmente relacionada à disponibilidade de outros serviços de saúde específicos ao alcance dos usuários.

A disponibilidade compreende um conjunto de fatores, tais como: localização geográfica, ou seja, a distância entre os serviços e os usuários e suas opções de transporte; horário de funcionamento, em relação à disponibilidade de cuidado no momento adequado; sistemas de marcação; transporte para a realização de consultas domiciliares; e natureza e extensão da oferta de serviços em comparação às necessidades de saúde da população¹³. A redução da oferta de consultas na Região I, no período estudado, aliada à existência do Pronto Atendimento (PA) da Glória, localizado geograficamente nas proximidades da Unidade de Saúde da Glória também pode estar contribuindo para a menor utilização dos serviços das Unidades da Região I.

Além disso, o horário limitado de funcionamento das Unidades de Saúde dificulta a utilização destes serviços. Assim, a maior flexibilidade no horário de atendimento do PA da Glória significa ampliação da oferta de serviços e atendimento às necessidades de saúde, podendo ter influenciado nos maiores índices de faltas dos usuários nos serviços de saúde da Região I.

A menor capacidade de mobilizar recursos financeiros, caso sejam requeridos, para o atendimento de suas necessidades de saúde, pode estar induzindo à maior utilização dos serviços de saúde. Nesse sentido, a existência de barreiras financeiras precisa ser considerada na análise do menor absenteísmo nas Unidades de Saúde da Região que apresentam o menor rendimento do município, como a unidade de Santa Rita, localizada numa região de grande vulnerabilidade social. Nesse contexto, a disponibilidade de serviços de saúde tem um papel fundamental na transformação das demandas de saúde em utilização dos serviços de saúde, sendo considerado um fator capacitante para a redução das desigualdades nas chances de utilização¹.

Outro fator capaz de influenciar na maior utilização dos serviços de saúde diz respeito à aceitabilidade, que se conecta aos fatores subjetivos, culturais e sociais que influenciam a avaliação dos indivíduos sobre os serviços de saúde, e que sofrem influência de vários fatores como idade, sexo, etnia, linguagem, crenças, cultura e condição socioeconômica. A aceitabilidade relaciona-se às expectativas

dos pacientes sobre a organização do serviço, aceitação quanto ao cuidado prestado, ao respeito no atendimento, na escuta às suas queixas, com sua compreensão das explicações médicas sobre seu estado de saúde e na possibilidade de discussão das alternativas de cuidado¹³. Com esse entendimento, é possível inferir que o menor absenteísmo dos usuários da Região III, em especial da Unidade de Santa Rita, expressa uma maior interação entre a equipe de saúde e os usuários e adequação da capacidade do serviço às expectativas dos usuários.

A percepção dos usuários sobre o que é ofertado por este serviço influencia na utilização dos serviços. Esta percepção nem sempre se dá de forma objetiva, pois parte do pressuposto de que os usuários empregam suas próprias significações simbólicas, que são utilizadas para criar expectativas sobre a capacidade da organização do serviço de resolver suas necessidades de saúde¹⁵. Importante ressaltar que essas expectativas também são influenciadas por experiências anteriores com os serviços de saúde.

Mais uma explicação possivelmente relacionada ao menor índice de absenteísmo na Unidade de Santa Rita, com relação às outras Unidades de Saúde da Região III está na disponibilidade dos serviços para os potenciais usuários desta Região. A Unidade de Saúde de Vila Garrido, por exemplo, localiza-se numa região de difícil acesso geográfico, podendo estar ocasionando uma menor utilização destes serviços de saúde com relação aos outros serviços da Região.

Outro importante resultado que se destaca neste trabalho é a maior incidência de absenteísmo encontrada nas Regiões I, III e IV, que compreendem as Unidades Básicas de Saúde do modelo tradicional, quando comparadas às Regiões II e V, cujo território é atendido por Unidades de Saúde com Estratégia Saúde da Família (ESF).

O acesso é a melhor categoria para avaliação da vivência concreta do direito à saúde¹⁶. Para além da disponibilidade do recurso, em local e tempo adequados, seu entendimento aponta para uma relação entre as características do recurso e as características da população, que pode facilitar ou dificultar o uso de um dado serviço de saúde. O fato de as Regiões II e V serem constituídas por unidades com ESF e terem apresentado menor taxa de absenteísmo aponta para o importante papel dos profissionais que atuam na ESF, no diálogo e no acolhimento às demandas e no desenvolvimento de vínculo com a população adscrita.

Segundo Merhy¹⁷, o processo de trabalho em saúde capaz de gerar o cuidado depende inteiramente da relação entre os sujeitos, e é, a partir destes encontros, que surgem as possibilidades de se construir uma interação que possa ter impactos positivos nos problemas de saúde, gerando vínculo, envolvimento e co-participação entre os envolvidos. Nesse contexto, a informação é considerada um importante determinante do acesso e da qualidade do sistema de saúde¹³.

Ainda como especificidade da ESF, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS) na composição da equipe de saúde. Dentre as atribuições dos ACS estão a adscrição e o cadastramento das famílias do território, orientação quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população e o contato permanente com as famílias¹⁸. A existência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Região e suas atribuições definidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) podem ser traduzidas como um diferencial na qualidade do vínculo entre a população adscrita e a equipe de saúde, o que poderia estar diretamente ligado à menor incidência de absenteísmo nas Regiões com ESF quando comparadas às demais regiões sem ESF.

Por fim, é importante ressaltar que, das dezoito Unidades de Saúde, três Unidades (sendo duas da Região II e uma da Região V) não apresentavam dados disponíveis em 2014. Tal fato deu-se por dificuldades operacionais de instalação do sistema de informação nestas unidades, que realizavam o agendamento de forma manual. Essas questões abrem espaço para questionar o aparente aumento no absenteísmo dos usuários no período estudado na Região II. Além disso, em 2015, duas unidades da Região V não apresentavam registros no sistema, sendo que uma delas ainda apresenta dificuldades operacionais na instalação do sistema e a outra retornou à marcação manual por falta de quantitativo de pessoal habilitado a operar o sistema de marcação na unidade de saúde. Vale ressaltar que, devido à indisponibilidade na coleta desses dados (descritos na Tabela 1), a percentagem de faltas nas consultas podem estar superestimadas.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstram a relação entre os índices de não

comparecimento dos usuários às consultas agendadas nos serviços de saúde e as características relacionadas ao rendimento da população e tipologia das Unidades de Saúde e apontam para a relevância dessa temática e a importância de se aprofundar na complexidade causal, a fim de propor ações efetivas para reduzir o absenteísmo ou mitigar seus impactos negativos, assegurando o acesso universal ao Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 - Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. Cad. saúde pública. 1997;13(2):325-30.
- 2 – Bender AS, Molina LR, Mello, ALSF. Absenteísmo na Atenção Secundária e suas implicações na Atenção básica. Revista Espaço para a Saúde. 2010;11(2):56-65.
- 3 - Melo ACBV; Braga CC; Forte FDS. 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. Ciências Saúde. 2011;15(3):309-318.
- 4 - Oleskovicz M, Oliva FL, Grisi CCH, Lima AC, Custódio I. Técnica de *overbooking* no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2014;30(5):1009-17.
- 5 – Michaelis. Moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 1998. Absenteísmo.
- 6 - Cavalcanti RP, Cavalcanti JTM, Serrano RMSM, Santana PR. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa - PB, Brasil. Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2013;7(2):63-84.
- 7 – Izecksohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(32):235-41.
- 8 – Dalri L. Absenteísmo de pacientes nos serviços de referência de especialidades odontológicas em Florianópolis, sc [Trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: UFSC; 2014.
- 9 - Jandrey CM, Drehmer TM. Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico: o caso do módulo de serviço comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS) – UFRGS. [Resumo de dissertação]. UFRGS; 1999.
- 10 - Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Notícias: Saúde: 40% das consu

Itas e exames especializados são desperdiçados porque paciente falta. Publicado em 04 de Junho de 2014. Acessado em 20/08/2014. Disponível em www.saude.es.gov.br.

11 - Vila Velha. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Planejamento. Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017. Vila Velha, 2013. 120p.

12 - Donabedian A. Capacity to produce service in relation to need and demand. In:_____. Aspects of medical care administration. Cambridge (Mass.): Harvard University Press, 1973, p. 418-85.

13 - Thiede M, Akewengo P, Mc'Intyre D. Exploring the dimensions of access. In: Mc'Intyre D.; Mooney G. The economics of health equity. Cambridge-ing: Cambridge University Press, 2007. p. 103-47.

14 - Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(3):260–8.

15 - Franco TB; Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs.). Construção social da demanda. IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

16 - Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz, (org.) Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

17 - Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

18 - Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

6.2 ARTIGO 2: ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE: IDENTIFICANDO SEUS POTENCIAIS FATORES GERADORES

RESUMO

Absenteísmo dos usuários na atenção secundária à saúde: Identificando seus potenciais fatores geradores

Introdução: Um dos desafios para a efetivação das Redes de Atenção à Saúde é o acesso adequado e oportuno aos serviços da Atenção Especializada, ofertado de forma qualificada e em tempo oportuno. A garantia da integralidade permanece como um importante problema a ser equacionado, quando se observa que a extensão de cobertura da Atenção Básica aumentou a demanda pela Atenção Especializada, fazendo com que esse serviço, sobretudo em seu componente ambulatorial, seja marcado por diferentes pontos críticos, dentre eles a insuficiência da oferta destes serviços, que se agrava com as disparidades regionais presentes no Brasil. **Objetivo:** Descrever a incidência de absenteísmo dos usuários na Atenção Especializada em um município do estado do Espírito Santo, além de identificar os possíveis fatores geradores de absenteísmo. **Métodos:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários do Sistema Nacional de Regulação, disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Município de Vila Velha, Espírito Santo, no ano de 2015. **Resultados:** Em 2015 houve 48.282 solicitações para consulta com as especialidades e 16.874 ocorrências de absenteísmo, representando 34,9% de faltas às consultas agendadas. **Conclusão:** Fatores como disponibilidade de prestadores de serviço e de profissionais, tempo médio de espera e grau de resolutividade da Atenção Básica interagem de forma significativa no acesso aos serviços da Atenção Especializada, indicando a relevância de aprofundar esta temática e aprimorar as ações de prevenção e promoção de saúde pelas equipes das UBS acerca das especialidades estudadas.

PALAVRAS-CHAVE: Absenteísmo; Atenção Secundária à Saúde; Acesso aos serviços de saúde

ABSTRACT

Absenteeism of users in secondary care: Identifying your potential generating factor

Introduction: One of the challenges for the effectiveness of the Health Care Networks is the appropriate and timely access to the services of Specialized Care, offered in a qualified and timely manner. The guarantee of completeness remains an important problem to be solved when it is observed that the coverage extension of Primary Care increased the demand for specialized attention, making this service, especially in its outpatient component is marked by different critical points, such as the lack of supply of these services, which worsens with regional disparities present in Brazil. **Objective:** To analyze the incidence of absenteeism of users in Specialized Care in a city in the state of Espírito Santo **Methods:** descriptive study with a quantitative approach, from secondary data analysis of the National Regulatory System, provided by the Health Department of the Municipality of Vila Velha, Espírito Santo, in 2015. **Results:** In 2015 there were 48,282 requests for consultation with specialties and 16,874 absentee occurrences, representing 34.9% of absences to scheduled appointments. **Conclusion:** Factors such as availability of service providers and professionals, average wait time and degree of resoluteness of primary care. interact significantly on access to Specialized Care, stating the importance of deepening this issue and improvement of prevention and health promotion by teams of UBS about the specialties studied.

KEY WORDS: Absenteeism; Secondary Health Care; Access to Health Care

INTRODUÇÃO

No Brasil, a reforma política ocorrida no final da década de 1980 traz um marco importante no que diz respeito à saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Este direito deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal

e igualitário aos serviços de saúde, bem como a integralidade das ações, para sua promoção, proteção e recuperação (PAIM, 2009).

Ainda, com relação aos marcos legais da saúde, o acesso universal deve ser equânime em todos os níveis de assistência e está na base do sistema de saúde brasileiro, sendo condição para o exercício dos demais princípios ideológicos e organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Lei Orgânica da Saúde 8080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

O acesso universal a todos os níveis de assistência se complementa ao princípio da integralidade da atenção, que consiste num conceito amplo e polissêmico, que inclui a garantia da assistência nos três níveis de atenção à saúde e a abordagem preventiva e curativa de forma individual e coletiva, além de apontar para a perspectiva de redes coordenadas de ações e serviços de saúde (GIOVANELLA et al., 2002; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Com o objetivo de viabilizar a garantia da integralidade da atenção à saúde em seus diversos níveis, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) destaca em suas diretrizes que, o desenvolvimento da Atenção Básica (AB) deve ocorrer com “o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próximo da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2012a, p. 19).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) fundamentam-se na compreensão da AB como primeiro nível de atenção, enfatizando sua função resolutiva dos cuidados primários e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção e ordena as redes, contribuindo para que as ações de saúde estejam alinhadas às necessidades dos usuários (BRASIL, 2010). O objetivo da conformação de uma porta prioritária de entrada é o de integrar cuidados básicos e especializados, coordenando o acesso e melhorando o fluxo da atenção (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010).

Um dos desafios para a efetivação das RAS é o acesso adequado e oportuno aos serviços da Atenção Especializada (AE), que é um dos pontos de atenção das redes no SUS e tem a função de promover coordenadamente serviços especializados em saúde, oferecendo à população acesso qualificado e em tempo oportuno. Na rede de saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível

ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, compreendendo serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (ERDMANN et al., 2013).

Segundo Bender, Molina e Mello (2010), a garantia da integralidade permanece como um importante problema a ser equacionado, quando se observa que a extensão de cobertura da AB aumentou a demanda pela atenção secundária, num contexto onde o acesso a esse nível de atenção é dificultado em razão dos limitados recursos municipais e consequente insuficiência de oferta de serviços.

Assim, a demanda excessiva pelas ações especializadas faz com que esse serviço, sobretudo em seu componente ambulatorial, se torne um lugar do sistema marcado por diferentes pontos críticos, tais como a organização fragmentada do cuidado especializado, focado em procedimentos, e a insuficiência da oferta destes serviços, que se agrava com as disparidades regionais presentes no Brasil (FURTADO, 2015).

Além disso, ressalta-se o limitado acúmulo teórico sobre o tema, sendo considerada uma das áreas menos estudadas nos sistemas de atenção à saúde, sugerindo que as investigações relativas a esta atenção devem ser estimuladas em nossas instituições acadêmicas e de pesquisa (DOURADO, 2015).

O diagnóstico recorrente de que a AE se configura um gargalo do SUS depara-se com um importante paradoxo, que diz respeito ao absentismo dos usuários no sistema de saúde, que, usualmente, ocorre em grandes proporções, envolvendo consultas e exames de média e alta complexidade (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; MELO; BRAGA; FORTE, 2011; OLESKOVICZ et al., 2014; CAVALCANTI et al., 2013; DALRI, 2014; IZECKSOHN; FERREIRA, 2014).

Com relação ao absentismo dos usuários na AE, em Florianópolis, pesquisadores identificaram o não-comparecimento de 34,4% dos usuários encaminhados de uma unidade de saúde para as consultas com especialistas (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010), ao passo que em João Pessoa foi relatado 32,8% de faltas às consultas encaminhadas aos serviços de especialidades em 2009 e 39,8% em 2010, indicando uma tendência crescente deste fenômeno (CAVALCANTI et al., 2013). No Espírito Santo, registros oficiais evidenciam que, em 2014, 40% do total de consultas e

exames de média e alta complexidade ofertados mensalmente foram desperdiçados pelo não comparecimento (ESPÍRITO SANTO, 2014).

Diante deste fenômeno, este estudo tem como objetivo verificar a quantidade de consultas clínicas agendadas e a ocorrência do absenteísmo na Atenção Especializada disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) ao município de Vila Velha no ano de 2015, bem como o tempo médio de espera entre o dia da solicitação no SISREG e o dia da consulta clínica agendada;

MÉTODO

Delineamento do Estudo

Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado a partir da análise de dados secundários, que consistem em relatórios disponibilizados pelo setor de Regulação da secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha (SEMSA) gerados a partir do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), referentes aos agendamentos e ao absenteísmo dos usuários às consultas com as especialidades médicas disponibilizadas pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) no ano de 2015, além da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e da quantidade de profissionais cadastrados em cada prestador de serviços.

Deve ser observado que dentre as especialidades médicas estudadas, a Proctologia e a Fisiatria são reconhecidas oficialmente pelas nomenclaturas de Coloproctologia e Medicina Física e Reabilitação, respectivamente. Já a Hepatologia é uma área de atuação de especialistas em Clínica Médica, Gastroenterologia ou Infectologia (CFM, 2015).

Apesar de o estudo limitar-se ao ano de 2015, foi necessário obter os relatórios de consultas e absenteísmo de 2014 para que pudesse ser feito o ajuste dos relatórios de 2015, uma vez que estes apresentavam registros de usuários que foram agendados de 2014 para 2015, eliminando assim a possibilidade de contabilizar as faltas que não correspondiam ao período estudado.

Cenário do Estudo

O município de Vila Velha possui população estimada de 440.705 habitantes, com a predominância de população potencialmente ativa, que compreende aqueles entre 15 e 65 anos (IBGE, 2016), representando 71,2% da população, e com uma concentração de pessoas com mais de 60 anos de 11,1% (VILA VELHA, 2013).

Sua organização político-administrativa compreende cinco Regiões Administrativas: Região 01 - Vila Velha Centro; Região 02 - Ibes; Região 03 - Aribiri/Argolas; Região 04 - Cobilândia/São Torquato; Região 05 – Jucu (VILA VELHA, 2013).

Possui em seu território 18 Unidades de Saúde (sendo nove Unidades com Estratégia Saúde da Família [ESF] e outras nove Unidades Básicas de Saúde [UBS]), além de um Hospital Municipal, um Centro Municipal de Atenção Secundária (CEMAS), dois Pronto-Atendimentos, um Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS ad), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), e um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em DST/HIV/AIDS (VILA VELHA, 2013).

Importante destacar a quantidade de profissionais médicos especialistas cadastrados no Espírito Santo e sua disponibilidade nos serviços estadual e municipal, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Quantidade de profissionais médicos especialistas cadastrados no Espírito Santo e sua disponibilidade nos serviços estadual e municipal.

Especialidades	Cadastradas no ES	Disponíveis pela SESA	Disponíveis pela SEMSA
Alergista/Alergologista	39	4	1
Angiologia	37	14	3
Cardiologia	329	88	3
Cirurgia	1111	251	5
Dermatologia	207	39	1
Endocrinologia	119	33	3
Fisiatria	25	6	0
Gastrologia	132	37	3
Genética	6	1	0
Geriatría	38	2	2
Ginecologia/Obstetrícia	708	90	7
Hematologia	50	18	0
Hepatologia*	**	**	**
Infectologia	89	3	1***
Mastologia	41	10	1
Nefrologia	88	32	1
Neurologia	105	31	0
Oftalmologia	280	119	0
Oncologia	63	33	0
Ortopedia	336	148	1
Otorrinolaringologia	145	43	1
Pneumologia	86	19	1
Proctologia	48	14	3
Psiquiatria	147	3	3
Reumatologia	46	14	1
Urologia	110	43	2

Fontes: Scheffer et al., 2015; Vila Velha, 2016a; 2016b.

* Área de atuação considerada como especialidade neste estudo.

** não há registro específico desta especialidade, uma vez que é considerada área de atuação de três especialidades médicas distintas (clínica médica, gastroenterologia e infectologia).

*** profissional lotado no CTA em DST/HIV/AIDS, que funciona com demanda espontânea.

A disponibilidade de especialistas no serviço estadual refere-se à quantidade de profissionais de cada uma das categorias cadastradas em todos os 14 estabelecimentos diferentes que realizam as consultas estudadas, incluindo os serviços próprios e os serviços filantrópicos e/ou Organizações Sociais contratualizadas pela gestão estadual e distribuídos por diferentes municípios da região metropolitana, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Quantidade e localização dos prestadores de consultas especializadas disponibilizadas pela SESA

Especialidades	Vila Velha	Vitória	Cariacica	Serra	Guarapari
Alergista/Alergologista	0	0	1	0	0
Angiologia	2	3	1	0	0
Cardiologia	2	3	1	1	0
Cirurgia	2	5	1	0	1
Dermatologia	1	2	1	0	0
Endocrinologia	1	4	1	1	0
Fisiatria	1	0	0	0	0
Gastrologia	1	3	1	1	0
Genética	0	1	0	0	0
Geriatria	0	0	1	0	0
Ginecologia/Obstetrícia	0	2	0	0	0
Hematologia	0	2	1	0	0
Hepatologia	0	2	0	0	0
Infectologia	1	1	0	0	0
Mastologia	0	3	1	0	0
Nefrologia	0	1	3	1	0
Neurologia	1	3	1	1	0
Oftalmologia	1	2	1	1	0
Oncologia	1	3	0	0	0
Ortopedia	2	5	1	1	0
Otorrinolaringologia	3	4	1	0	0
Pneumologia	0	2	1	1	0
Proctologia	1	4	1	0	0
Psiquiatria	0	0	1	0	0
Reumatologia	1	4	0	0	0
Urologia	1	3	1	1	0

Fonte: Vila Velha, 2016c.

Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, com cálculo de frequências absoluta e relativa, utilizando o *software* de banco de dados MySQL® para cruzamento das informações, e o *software Microsoft Excel 2010*® para a tabulação dos dados.

Aspectos Éticos

A pesquisa multicêntrica da qual faz parte, da foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Veiga de Almeida e aprovada sob o parecer nº 876.415, em 18/11/2014.

RESULTADOS

Com base dados obtidos a partir dos relatórios de solicitação e de faltas às consultas gerados pelo SISREG, é possível visualizar que no ano de 2015 houve 48.282 solicitações para consulta com as especialidades e 16.874 ocorrências de absenteísmo, representando 34,9% de faltas às consultas agendadas. O tempo médio de espera a que este trabalho se refere não representa a data em que foi gerada a solicitação do encaminhamento na consulta no âmbito da AB, mas sim a quantidade de dias que se passaram entre a data em que foi realizada a solicitação no SISREG até a data da consulta agendada com o médico especialista, que variou de 12,3 a 94,7 dias, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – PPI, solicitações de consultas, absenteísmo e tempo médio de espera na atenção especializada no ano de 2015.

Especialidades	PPI	Solicitações (%)	Faltas (%)	Tempo médio (dias)
Alergista/Alergologista	4.560	468 (1%)	172 (36,7%)	14,8
Angiologia	1.920	550 (1,1%)	358 (65,1%)	17,4
Cardiologia	1920	1.158 (2,5%)	426 (36,8%)	34,5
Cirurgia	7.296	2.921 (6,1%)	1.250 (42,8%)	33,3
Dermatologia	8.736	5.458 (11,3%)	2.163 (39,6%)	14,2
Endocrinologia	5.460	4.378 (9,1%)	1.483 (33,9%)	17,7
Fisiatria	60.960	642 (1,3%)	453 (70,5%)	36,6
Gastrologia	2.520	1.141 (2,4%)	393 (34,4%)	17,3
Genética	120	6 (0,01%)	2 (33,3%)	94,7
Geriatrica	900	788 (1,6%)	272 (34,5%)	16,9
Ginecologia/Obstetrícia	816	130 (0,3%)	43 (33,1%)	12,3
Hematologia	972	507 (1,1%)	175 (34,5%)	13,9
Hepatologia	240	27 (0,1%)	14 (51,8%)	67,5
Infectologia	72	32 (0,1%)	21 (65,6%)	32,5
Mastologia	1.224	51 (0,1%)	20 (39,2%)	12,7
Nefrologia	840	513 (1,1%)	195 (38%)	12,8
Neurologia	2.016	2.213 (4,6%)	804 (36,3%)	19,4
Oftalmologia	6.036	3.356 (7%)	1.154 (34,4%)	35
Oncologia	60	99 (0,2%)	21 (21,2%)	14,5
Ortopedia	10.728	4.500 (9,3%)	1.667 (25,9%)	22,6
Otorrinolaringologia	4.980	8.002 (16,6%)	1.439 (18%)	21,1
Pneumologia	984	801 (1,7%)	301 (37,6%)	17,7
Proctologia	2.400	1.417 (3%)	701 (49,5%)	33,4
Psiquiatria	6.000	4.738 (9,8%)	1.680 (35,4%)	17,4
Reumatologia	3.240	1.050 (2,2%)	699 (66,5%)	67,9
Urologia	15.252	3.336 (6,9%)	968 (28,8%)	21,8
TOTAL	150.252	48.282 (100%)	16.874 (34,9%)	27,7

Fonte: Vila Velha, 2016.

Com relação às especialidades que receberam mais encaminhamentos, destacam-se a otorrinolaringologia (16,6%), a dermatologia (11,3%), a psiquiatria (9,8%), a ortopedia (9,3%) e a endocrinologia (9,1%). Entre as especialidades que foram menos solicitadas destacam-se a genética (0,01%), hepatologia (0,1%), infectologia (0,1%), mastologia (0,1%) e oncologia (0,2%).

Cabe ressaltar que, juntas, as cinco especialidades com maior número de solicitações representam mais da metade da demanda de consultas com especialistas, sendo 56,1% do total.

As especialidades que apresentaram maior percentual de faltas foram a fisiatria (70,5%), a reumatologia (66,5%), a infectologia (65,6%), a angiologia (65,1%) e a

hepatologia (51,8%).

Já as especialidades de otorrinolaringologia (18%), oncologia (21,2%), ortopedia (25,9%), urologia (28,8%) e ginecologia/obstetrícia (33,1%) foram as que apresentaram menor porcentagem de absenteísmo. Cabe ressaltar que as demais especialidades apresentaram registros de absenteísmo entre 33,3% e 49,5%.

O tempo médio de espera foi maior nas especialidades de genética (94,7 dias), reumatologia (67,9 dias), hepatologia (67,5 dias), fisioterapia (36,6 dias) e oftalmologia (35 dias). Já o menor tempo médio de espera foi registrado nas especialidades de ginecologia/obstetrícia (12,3 dias), mastologia (12,7 dias), nefrologia (12,8 dias) hematologia (13,9 dias) e dermatologia (14,2 dias). As demais especialidades apresentaram tempo médio de espera entre 14,5 e 34,5 dias.

Tomando como base a média da soma das cinco especialidades com maior tempo médio de espera, estas apresentaram 60,3 dias entre a data em que foi realizada a solicitação no SISREG até a data da consulta agendada. Enquanto que a média da soma das cinco especialidades com menor tempo médio de espera foi de 13,1 dias entre a data em que foi realizada a solicitação no SISREG até a data da consulta agendada.

DISCUSSÃO

O processo de análise dos dados permite afirmar que, no município estudado, o índice de 34,9% de absenteísmo na atenção ambulatorial especializada evidencia um panorama preocupante, compatível com os índices encontrados na literatura científica (BENDER, MOLINA, MELLO, 2010; CAVALCANTI et al., 2013), apesar de encontrar-se um pouco abaixo do resultado divulgado pela SESA em 2014, onde se afirmava que 40% das consultas e exames eram desperdiçados pelos usuários por não comparecerem na data agendada (ESPÍRITO SANTO, 2014).

Os altos índices de absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde é uma vertente que ainda vem sendo pouco explorada e pode ser analisada a partir da desarticulação entre a oferta dos serviços e as demandas da população. Importante ressaltar que, neste trabalho, os termos acesso e acessibilidade são assumidos de

modo indistintos, na medida em que ambos podem ser indicativos do grau de facilidade com que os usuários conseguem obter o cuidado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A acessibilidade é compreendida como um dos aspectos da oferta de serviços, relacionada com a capacidade de responder às necessidades dos usuários e produzir serviços, e pode ser categorizada em três tipos: domínio restrito, intermediário e amplo (FRENK, 1985). Segundo este autor, no domínio restrito estaria o que define a acessibilidade: a busca pelos serviços de saúde, – ou seja, a demanda – e a utilização do serviço (o início do tratamento). No domínio intermediário, além do domínio restrito, acrescentaria a continuidade do cuidado. O domínio amplo englobaria o momento de reconhecimento da necessidade de saúde e o próprio desejo do usuário em ser cuidado, a partir do fluxo de acontecimentos, desde o reconhecimento da necessidade de saúde até a continuidade do cuidado.

O acesso é a melhor categoria para avaliação da vivência concreta do direito à saúde. Para além da disponibilidade do recurso em local e tempo adequados, seu entendimento aponta para uma relação entre as características do recurso e as características da população, que pode facilitar ou dificultar o uso de um dado serviço de saúde (GIOVANELLA, FLEURY, 1996). Considerando que as características da oferta de serviços e as características da população são complementares, a análise da acessibilidade deve englobar a relação entre diversos obstáculos encontrados no domínio restrito (denominados “resistência”) e a capacidade dos usuários em ultrapassar as barreiras encontradas (denominadas “poder de utilização”) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; ESPOSTI, 2015).

Apesar de os estudos sobre a demanda na AE serem escassos, reconhece-se que este nível de atenção se configura como um gargalo do SUS, devido à demanda excessiva pelas ações especializadas (FURTADO, 2015). Com relação à disponibilidade dos recursos, é importante ressaltar que somente quatro serviços de consultas especializadas ofertadas pela SESA estão localizados em Vila Velha, metade (sete) dos prestadores encontram-se concentrados no município de Vitória, um no município da Serra, um em Cariacica e um em Guarapari. Além disso, destaca-se que a quantidade de médicos especialistas disponíveis na rede municipal, apesar de variada, é insuficiente para absorver o quantitativo de solicitações geradas pelos profissionais médicos da AB e o serviço municipal dispõe

apenas de dezoito das vinte e seis especialidades clínicas estudadas.

Com relação à demanda, vinculadas às características da população, os dados desta pesquisa demonstram que as cinco especialidades mais solicitadas correspondem a mais da metade das solicitações de consultas especializadas, sendo a otorrinolaringologia (16,6%), dermatologia (11,3%), psiquiatria (9,8%), ortopedia (9,3%) e endocrinologia (9,1%), totalizando 56,1% das solicitações.

Ressalta-se que a demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível (MENDES, 2011) e, embora a variedade dessas demandas de saúde seja ampla, é de grande importância o reconhecimento de algumas muito frequentes, responsáveis por mais da metade da demanda trazida pela população a esse nível de atenção. Assim, o manejo adequado dessas cinco especialidades cujas solicitações são mais frequentes permite a resolução de mais da metade da demanda médica em ambulatórios de especialidades.

É importante considerar que a busca pelo serviço de saúde por parte do usuário se dá por meio de sua percepção a respeito do que lhe é ofertado, sendo que essa percepção nem sempre é objetiva, porque ela se forma também a partir de um campo simbólico composto por um conjunto de representações que dão significado ao cuidado (FRANCO; MERHY, 2005). De acordo com esses autores, no caso dessa percepção não ser compatível com o que se traduz nas ações de assistência, podem surgir ruídos na relação entre os usuários e os serviços, gerando conflitos e tensões que impedem a relação do cuidado.

Nesse contexto, entende-se que a forte presença do modelo biomédico, tanto nas percepções dos usuários quanto nas dos próprios profissionais de saúde, tende a reforçar a geração da demanda para as especialidades médicas, não somente pelos casos em que as condições clínicas dos usuários justificam, de fato, uma avaliação de um especialista, mas também pelos casos em que a clínica apresentada traz a necessidade de uma avaliação específica pelo médico assistente da AB, e não necessariamente de um profissional especialista.

Com relação ao manejo entre a oferta e a demanda de consultas, é importante destacar a adoção do SISREG pelo Ministério da Saúde, que se propõe a realizar o gerenciamento de todo o complexo regulatório, desde a AB até a internação hospitalar, padronizando assim, o processo de agendamento das consultas com os

médicos especialistas disponibilizadas pelas centrais estaduais de regulação, conforme os objetivos da Política Nacional de Regulação (CAVALCANTI et al., 2013; BRASIL, 2015).

A implantação do SISREG é antecipada por definição dos processos da PPI, contratos com prestadores, conhecimento da rede própria e contratada, fluxos e protocolos de regulação, entre outros (BRASIL, 2015). Nesse contexto, é importante destacar que a oferta declarada de consultas especializadas, fruto da pactuação entre a SESA e a SEMSA, em princípio, atenderia à demanda da população em praticamente todas as especialidades, exceto em otorrinolaringologia e neurologia. Nesse sentido, aponta-se como legítima a necessidade premente de ampliação de oferta de consultas para estas duas especialidades.

Em pesquisa realizada na Bahia, verificou-se que a gestão estadual impõe condições que não representam a realidade local no momento das pactuações, indicando que a forma como são decididas as questões referentes à PPI contribuem para constranger a autonomia dos municípios, além de não favorecer a regionalização solidária e gerar uma espécie de competição entre os municípios pela disputa das vagas (MOLESINI et al., 2010; PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

A especialidade de otorrinolaringologia teve a maior demanda na rede pública de Vila Velha, no ano estudado, com 8.002 consultas solicitadas, para 43 profissionais especialistas disponibilizados pela SESA, distribuídos por oito prestadores em três municípios diferentes, e um na rede própria do município de Vila Velha, com um tempo médio de espera de 21,1 dias entre a data da solicitação no SISREG até o dia da realização da consulta.

A grande demanda pela especialidade de otorrinolaringologia encontrada neste estudo também é reconhecida por Sarmiento Junior, Tomita e Kos (2005), que enfatizam as várias filas de espera consecutivas para a realização de cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos, desde o surgimento dos sintomas da doença até a obtenção do tratamento especializado, com destaque para a obtenção da consulta ambulatorial de otorrinolaringologia, considerada o ponto de maior afunilamento e de distorções para assegurar atendimento médico.

Ainda com relação à especialidade de otorrinolaringologia, destaca-se que, dentre todas as consultas demandadas, esta especialidade foi a que apresentou a menor

porcentagem de absenteísmo (18%). No contexto de desequilíbrio entre a oferta e a demanda, para esta especialidade, a análise deste dado permite constatar a baixa resolutividade da AB em atender às necessidades dos usuários atreladas à acessibilidade às ações deste cuidado específico, mas não necessariamente especializado.

A segunda especialidade com maior demanda encontrada foi a dermatologia (11,3%), indicando que as doenças de pele continuam entre as três maiores causas de demandas aos serviços de saúde (BRASIL, 2002). No que se refere à geração da demanda espontânea na AB, é importante destacar que as principais doenças de pele, seja de etiologia viral, parasitária, bacteriana ou fúngica, com suas características, formas de tratamento e outras observações, continuam sendo relevantes, mas podem estar tendo sua importância minimizada e sendo considerada, em sua maioria, casos de atendimento ambulatorial da atenção especializada (BRASIL, 2012b).

Na relação oferta e demanda na especialidade de dermatologia, ressalta-se a disponibilidade de 39 profissionais no serviço estadual distribuídos em quatro prestadores localizados em três municípios (um em Vila Velha, dois em Vitória e um em Cariacica), e apenas um na rede municipal de Vila Velha. O tempo médio de espera nesta especialidade foi de 14,2 dias e o absenteísmo de 39,6%.

A tendência ascendente dos episódios depressivos, principalmente entre mulheres, e a lei da reforma psiquiátrica, em 2001, com o propósito de desinstitucionalizar a atenção e reforçar os direitos das pessoas com transtornos mentais, pode justificar o fato de a psiquiatria ter sido a terceira especialidade mais demandada pelos munícipes de Vila Velha (9,8%). Outro aspecto a ser considerado nas queixas e sintomas referentes à saúde mental diz respeito ao reconhecimento de que as síndromes mais frequentes na AB são a depressiva, ansiosa e de somatização (BRASIL, 2013a).

Nesse contexto, faz-se necessário refletir sobre o fato de que a psiquiatria tenha sido a terceira maior demanda de consulta em Vila Velha, uma vez que o sofrimento mental comum tem um impacto significativo em alguns dos agravos mais prevalentes à saúde como as doenças cardio e cerebrovasculares, além do diabetes, podendo comprometer a qualidade e a aderência ao tratamento, além de atuar como fator de risco ou piorar seu prognóstico (BRASIL, 2013a).

As formas que estas queixas se apresentam podem variar entre períodos alternados com pouca ou nenhuma sintomatologia e com períodos de maior ou menor intensidade (BRASIL, 2013a), o que pode, portanto, interferir também na adesão ao encaminhamento para o médico especialista, podendo estar refletindo na ocorrência de 35,4% de absenteísmo às consultas, encontrada neste estudo.

Estes resultados, juntamente com os encontrados nas especialidades de otorrinolaringologia e dermatologia, apontam para a baixa resolutividade no território da AB. Considerando que neste nível de atenção as questões referentes à saúde mental apresentam a particularidade de permitir uma intervenção multiprofissional de forma bastante pertinente e oportuna, com o olhar e a escuta atenciosa da equipe de saúde e da avaliação médica, este tipo de conduta pode proporcionar uma atenção integral e mais resolutiva ao sujeito em processo de sofrimento mental, ao invés de determinar seu encaminhamento ao médico psiquiatra.

Além disso, percebe-se que esta é uma das especialidades que mais se aproximaram do que foi pactuado na PPI do ano estudado, sendo que a SESA poderia disponibilizar seis mil vagas para Vila Velha, tendo ocupado 4.738 delas. Apesar do número reduzido de profissionais disponíveis na rede pública de saúde, sendo três no âmbito municipal e outros três no serviço estadual (localizados em Cariacica), o tempo médio de espera foi de 17,4 dias.

A ortopedia foi a quarta especialidade mais demandada pela população em 2015 (9,3%) e, assim como a otorrinolaringologia, esteve entre as que apresentaram menor ocorrência de absenteísmo, tendo a terceira menor ocorrência com 25,9%. Ao contrário das especialidades anteriores, a ortopedia se destaca pelo fato de ser a segunda maior em número de profissionais disponíveis na rede estadual com 148 médicos, tendo cinco prestadores em Vitória, dois em Vila Velha, um em Cariacica e um na Serra, além de um prestador na rede municipal de Vila Velha com um profissional disponível, e que mesmo apresentando na PPI mais que o dobro de consultas solicitadas, apresentou tempo médio de 22,6 dias de espera.

Obviamente, deve-se considerar a ampla diversidade de problemas ortopédicos que podem surgir para os profissionais da AB. No entanto, a dor lombar aguda configura-se como a causa mais incidente das demandas nas UBS no Brasil, onde até 70% das pessoas com mais de 40 anos apresentam algum tipo de problema na coluna, subindo para 80% a 90% na população acima de 50 anos (BRASIL, 2012b). Em

estudo realizado em Florianópolis, Pimentel e colaboradores (2011) relataram que a lombalgia foi a queixa mais frequente dos usuários que procuraram os serviços da unidade de saúde no período estudado. Com relação às causas, menos de 1% das pessoas com lombalgia aguda apresentam alguma doença grave como um tumor ou infecção. Em geral, 97% dos casos de dor lombar têm origem musculoesquelética, que pode estar relacionada a um traumatismo específico, a uma atividade extenuante, ou ainda a fatores psicológicos como estresse, depressão e outros fatores não orgânicos (BRASIL, 2012b). Nesse sentido, os profissionais da AB devem ser capacitados para reconhecer os principais sinais de alerta que indicam a necessidade de se realizar o encaminhamento do usuário com queixas ortopédicas ao especialista (BRASIL, 2012b). Assim, pode-se indicar que, da mesma forma como as especialidades anteriores, é necessário aumentar o poder de resolutividade dos profissionais da AB, com base em diretrizes clínicas.

Sobre as condições crônicas de saúde, estas envolvem doenças como a obesidade, diabetes, hipertensão arterial e neoplasias, dentre outras, e são responsáveis por 60% da carga de doenças no mundo (OMS, 2003). Assim, a AB deve ter como objetivo o tratamento destas doenças, o controle dos fatores de risco e seus agravos (PIMENTEL et al., 2011). As condições crônicas reconhecidas como necessidades em saúde levou à publicação da Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no SUS, que tem como objetivo reorganizar e qualificar o cuidado, além de ressaltar a importância de práticas de promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento dessas doenças e suas complicações (BRASIL, 2014).

É importante destacar a prevalência de doenças crônicas, em especial a hipertensão arterial e o diabetes, que acometem a população vilavelhense de 30 a 59 anos, em 25 a 35% e 5 a 11%, respectivamente. Por esse motivo, a partir de dezembro de 2011, a rede de cuidados às pessoas com hipertensão arterial e diabetes foi reestruturada na AB do município, com o objetivo de controlar essas doenças ou agravos de maior relevância (VILA VELHA, 2013). A pequena demanda encontrada neste estudo com relação à cardiologia (2,5%) sugere a eficiência das ações preventivas e assistenciais da rede municipal, em especial com relação à organização de um sistema de Atenção Básica capaz de gerenciar com eficácia a hipertensão arterial. Assim, a necessidade de medidas terapêuticas para lidar com o

aumento da obesidade e das doenças associadas à obesidade pode justificar as demandas para a especialidade de endocrinologia (9,1%).

A especialidade de endocrinologia conta com 33 profissionais cadastrados na rede estadual de saúde, distribuídos entre os municípios de Vitória com quatro prestadores, Vila Velha, Cariacica e Serra, cada um destes comportando um prestador, além do serviço municipal de especialidades contar com três profissionais. Com essa rede de oferta, o tempo médio de espera encontrado nesta pesquisa na especialidade ortopédica foi de 17,7 dias e o percentual de absenteísmo, de 33,9%.

Apesar da malformação congênita e anomalias cromossômicas serem a segunda causa de morte na faixa etária menor de um ano no município de Vila Velha, (VILA VELHA, 2013), esta pesquisa evidenciou que a especialidade de genética foi a que apresentou a menor demanda, em 2015 (0,01%). Além disso, apesar das 120 vagas disponíveis pela PPI para os municípios de Vila Velha e da demanda de apenas seis consultas solicitadas no ano de 2015, os usuários levaram, em média, 94,7 dias para ter sua consulta com um médico geneticista. Este resultado chama a atenção para o fato de que, apesar do número de consultas pactuadas, o número reduzido de especialistas disponíveis na rede interfere diretamente no tempo que o usuário permanece na fila de espera. Com relação à genética médica, é importante destacar ainda que esta é a especialidade médica com o menor número de especialistas no Brasil, totalizando apenas 241 especialistas, sendo que seis destes estão cadastrados no Espírito Santo (SCHEFFER et al., 2015). Os dados encontrados nesta pesquisa revelam a importância de se reforçar junto aos profissionais da AB sobre a necessidade de ampliar o olhar para as questões referentes às patologias genéticas.

Com relação às condições relacionadas à hepatologia, que teve a segunda menor demanda de solicitações, pode ser explicado pelo fato de esta ser uma área de atuação referente a três especialidades médicas – clínica médica, infectologia e gastroenterologia –, o que pode estar subestimando este resultado.

A infectologia apresentou a terceira menor demanda. Cabe ressaltar que o serviço municipal conta com profissional infectologista no CTA em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais, que opera com demanda espontânea e com os encaminhamentos feitos pelas equipes das UBS na forma de orientação ao paciente para que procure

os serviços do CTA, sem a necessidade de agendamento. Caso seja detectada alguma doença, o agendamento das consultas consecutivas com infectologista é feito após o diagnóstico realizado no CTA (VILA VELHA, 2016b). Assim, a baixa demanda pelos serviços disponibilizados pela SESA na área de infectologia pode ser o reflexo desta forma de organização do serviço municipal, que se responsabiliza pelo cuidado ao paciente em sua rede própria.

A mastologia e a oncologia foram, respectivamente, a quarta e a quinta especialidade com menor solicitação. Isto se torna preocupante, uma vez que é incontestável o fato de que o câncer representa um problema de saúde pública cujo controle e prevenção devem ser priorizados em todas as regiões do país (INCA, 2014). Por isso, no Brasil, foram traçadas algumas estratégias como: a inclusão do controle de câncer entre os 16 Objetivos Estratégicos do Ministério da Saúde para o período de 2011 a 2015 (destacando-se a ampliação de acesso, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno dos cânceres de mama e do colo do útero); a publicação da Lei N° 12.732, de 22 de novembro de 2012, que estabelece o direito do paciente com neoplasia maligna em ter seu primeiro tratamento no SUS no prazo de até sessenta dias a partir da confirmação diagnóstica (BRASIL, 2012c); além da publicação da Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na rede de Atenção à Pessoa com Doença Crônica, por meio da Portaria n° 874 de 16 de maio de 2013 (BRASIL, 2013b).

No Espírito Santo, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), foram diagnosticados 12,3 mil novos casos em 2014, sendo mais de 33 diagnósticos todos os dias. Proporcionalmente, os capixabas têm mais câncer do que o resto do Brasil. Comparando-se à média nacional no ano de 2014, as taxas de incidência da doença (por 100 mil habitantes) foram 23,56% maiores entre os homens e 10,41% maiores entre as mulheres do Espírito Santo (GAZETA ONLINE, 2015).

Em Vila Velha, a taxa de mortalidade por câncer passou de 74,57 para cada cem mil habitantes, no ano 2000, para 103 a cada cem mil habitantes em, 2012, sendo a terceira maior causa de óbito no município, superado apenas pelas doenças do aparelho circulatório e as causas externas, segundo esta série histórica (VILA VELHA, 2013).

Tal fato deve ser reforçado às equipes de saúde da AB, uma vez que esta se propõe a ser o principal contato com os usuários e ordenadora das RAS (BRASIL, 2012a), o

foco nas ações de rastreamento e detecção precoce possibilitam o tratamento em tempo oportuno e permitem que as intervenções terapêuticas resultem em maior sobrevida e redução da mortalidade (INCA, 2014).

Diante disso, a prevenção e o controle do câncer precisam adquirir o mesmo foco e a mesma atenção que a área de serviços assistenciais, pois o crescente aumento do número de casos novos poderá fazer com que não haja recursos suficientes para dar conta das necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento, gerando, conseqüentemente, mortes prematuras e evitáveis (INCA, 2014). Portanto, para uma possível justificativa da especialidade de oncologia ter apresentado a segunda menor taxa de absenteísmo neste estudo, deve-se considerar a gravidade das conseqüências quando o diagnóstico e tratamento em tempo oportuno não acontecem.

Tomando como parâmetro o que a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 259 de 2011 traz em seu capítulo II, onde a operadora deverá garantir o atendimento integral das demandas de consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia) em até sete dias úteis e, consultas com demais especialidades médicas em até 14 dias úteis (BRASIL, 2011), percebe-se que as especialidades estudadas apresentaram, em sua maioria, tempo de espera acima deste prazo.

Na diferenciação entre listas de espera e tempo de espera, faz-se importante ressaltar que enquanto as listas de espera mostram o estoque de pessoas usuárias em busca de atenção num ponto determinado do tempo, o tempo de espera evidencia o diferencial de tempo para oferecer o serviço em função da atual e da futura oferta (MENDES, 2011).

Como resultado desta pesquisa, o tempo de espera para acesso com o especialista variou enormemente, de 12,3 a 94,7 dias. Essas variações de tempo de espera se explicam, segundo Mendes (2011), em função de uma combinação, do lado da demanda, de serviços públicos gratuitos e, do lado da oferta, de uma capacidade insuficiente de oferta.

O tempo de espera varia segundo diversos fatores, que podem ser agrupados em duas categorias: relacionados à oferta de serviço ou a características da demanda (CARVALHO; GIANINI, 2008). Na perspectiva da oferta, dentre os principais

determinantes para explicar os elevados tempos de espera, Conill, Giovanella e Almeida (2011) destacam a insuficiência de recursos financeiros ou de serviços, apesar de fatores organizacionais e gerenciais com o uso ineficiente da rede ser também citados como fatores explicativos, tais como a baixa resolutividade da AB, referências inapropriadas e remarcações desnecessárias pelo especialista com baixa contrarreferência. Pelo lado da demanda e da utilização, segundo estas autoras, são referidos como fatores explicativos as características sociodemográficas e as características da população, as tecnologias médicas, e a divisão de trabalho entre generalistas e especialistas no gerenciamento da demanda.

Os elevados tempos de espera em consultas e procedimentos constituem-se num problema comum em sistemas públicos de saúde, com consequências importantes para sua qualidade, sendo o principal motivo de insatisfação referida pelos usuários do SUS. É importante observar que o tempo de espera pode repercutir nos índices de absenteísmo. Além disso, um tempo de espera excessivo pode ter implicações desfavoráveis, com repercussões na qualidade de vida, além de estar entre as razões apontadas para a busca de atendimento no serviço de urgência (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA 2011).

O presente estudo revelou que o maior tempo médio de espera deu-se nas especialidades de genética (94,7 dias), reumatologia (67,9 dias), hepatologia (67,5 dias), fisiatria (36,6 dias) e oftalmologia (35 dias). Três dessas especialidades, além de apresentarem o maior tempo médio de espera, apresentaram também maior absenteísmo, sendo a fisiatria, a reumatologia e a hepatologia, o que sustenta a hipótese de que quanto maior o tempo de espera, maior a possibilidade de ocorrer o absenteísmo. Além disso, uma vez que o tempo médio de espera pela consulta com o especialista apresenta uma relação inversa com a oferta de consultas especializadas na rede, o maior absenteísmo relaciona-se com a menor oferta.

Parte da análise dos resultados dessa pesquisa fica prejudicada pela falta de cadastro da hepatologia enquanto especialidade nos registros dos prestadores de serviço, uma vez que, como fora colocado anteriormente, esta corresponde a uma área de atuação de clínica médica, gastroenterologia e infectologia.

A disponibilidade dos serviços de saúde tem um papel fundamental na transformação das demandas de saúde em utilização dos serviços de saúde

(TRAVASSOS, 1997). Nesse sentido, destaca-se que a oferta das especialidades localizadas geograficamente em outros municípios também pode estar contribuindo para a menor utilização das consultas. Além disso, a existência de barreiras financeiras precisa ser considerada na análise do maior absenteísmo nas consultas localizadas em regiões distantes do município de Vila Velha.

Com relação à fisioterapia, especialidade com maior índice de absenteísmo encontrado, chama atenção o fato de a PPI para esta especialidade apresentar uma quantidade anual de oferta de 60.960 vagas para o município de Vila Velha, em 2015, contando somente com seis profissionais disponíveis em um único prestador, o que se configura numa condição improvável de ser alcançada, sem contar aquilo que deveria ser disponibilizado ainda aos demais municípios da região metropolitana.

Ressalta-se que a fisioterapia e a reumatologia possuem seis e quatorze profissionais disponíveis pela SESA, respectivamente, sendo que a rede municipal conta também com um profissional reumatologista. Portanto, chama atenção a disparidade do que é apresentado como oferta de vagas na PPI destas especialidades, contrastando com o tempo médio de espera encontrado neste estudo.

Entretanto, a relação direta entre o absenteísmo e tempo médio de espera não foi observada nas especialidades de genética e oftalmologia. Nesse ponto, é necessário destacar que outro fator capaz de influenciar na maior utilização dos serviços de saúde diz respeito à aceitabilidade, que se relaciona às necessidades e expectativas dos pacientes sobre a organização do serviço.

Nesse sentido, ressaltam-se as diferenças entre necessidades de saúde e demanda por cuidados. A demanda por cuidados surge concomitantemente com o diagnóstico da área de abrangência das equipes de AB, incluindo o perfil de risco e vulnerabilidade das famílias, observando questões sobre desemprego, dependência química, idosos, pessoas acamadas ou com deficiência, crianças com atraso de desenvolvimento, ocorrência de violência doméstica, adolescentes gestantes, entre outras situações. Por outro lado, as necessidades de saúde vão além dos serviços de saúde e requer planejamento de políticas sociais com a participação da sociedade para a definição das prioridades. (BRASIL, 2012b).

A necessidade de saúde é, reconhecidamente, o principal determinante do uso dos serviços de saúde, porém ela não é homogênea entre os grupos sociais

(TRAVASSOS, 1997). Assim, a complexidade e especificidade envolvidas na patologia genética, num contexto de oferta extremamente reduzida de especialistas, mesmo diante do elevado tempo médio de espera do usuário sugere uma maior necessidade de acesso desta população aos serviços das UBS, provavelmente relacionada à indisponibilidade de outros serviços de saúde específicos ao alcance dos usuários.

Outro aspecto a ser considerado é a maior necessidade de acesso em decorrência do risco de agravamento e complicação das condições de saúde durante um elevado tempo de espera para consultas com especialistas. É provável que, apesar do tempo médio prolongado para a consulta, o usuário que demanda consultas ambulatoriais na especialidade de oftalmologia, pode ter um menor absenteísmo devido a percepção de riscos de perda de função visual e comprometimento de sua qualidade de vida, em decorrência da evolução natural da doença.

A ausência de relação entre o menor tempo médio de espera e o menor percentual de absenteísmo por especialidades encontrada neste estudo, permite afirmar que nem sempre um tempo de espera menor é melhor para o usuário (CARVALHO; GIANINI, 2008). Dentre as especialidades com menor tempo médio de espera, a relação direta entre o menor tempo de espera e o menor índice de absenteísmo, neste estudo, verificou-se apenas na ginecologia/obstetrícia. O menor tempo médio de espera foi registrado nas especialidades de ginecologia/obstetrícia (12,3 dias), mastologia (12,7 dias), nefrologia (12,8 dias), hematologia (13,9 dias) e dermatologia (14,2 dias).

Entretanto, apesar de o tempo médio de espera para estas especialidades estar em torno de 13,1 dias, destaca-se, que, de acordo com a orientação da Resolução Normativa nº 259 de 2011 da ANS, a ginecologia/obstetrícia, por ser considerada uma especialidade básica, deveria ter o tempo médio de espera de no máximo sete dias úteis. Nesse sentido, o tempo de espera encontrado (12,3 dias) estaria muito prolongado, considerando-se a maior necessidade da população.

Ainda é preciso observar que, na rede municipal, algumas UBS contam com profissional ginecologista/obstetra em seu quadro de funcionários, além de possuir outros sete profissionais no serviço municipal de especialidades, o que indica que são poucos os casos em que é necessário recorrer ao que é ofertado pela SESA, tendo, portanto, uma menor demanda e menor tempo de espera.

Por fim, faz-se necessário afirmar que a superação do problema do tempo de espera exige intervenções do lado da oferta e da demanda. Do lado da oferta, o incremento das intervenções e da produtividade dos serviços é fundamental. Do lado da demanda, podem-se adotar políticas de redução das necessidades por melhorias na AB e de racionalização da demanda por meio do estabelecimento de critérios de estratificação de riscos. Uma boa política de superação dos tempos de espera inclui uma combinação de medidas dos lados da demanda e da oferta e a definição de metas em relação a tempos de espera máximos (MENDES, 2011).

Entre as estratégias de superação dos problemas geradores de listas de espera estão o aumento da oferta (ampliação de leitos públicos, quantitativo de especialistas e compra de serviços do setor privado), aumento da produtividade (financiamento de atividades extras e remuneração por desempenho de médicos e hospitais), e também sanar os problemas organizacionais para aumentar a eficiência da capacidade instalada dos serviços. Nesse sentido, a definição de metas com tempos máximos e garantias de atenção, acompanhadas de fortes incentivos financeiros e não financeiros tem sido uma das estratégias mais exitosas (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011).

Porém, há de se refletir acerca do fato de que, mesmo com um aumento da oferta de leitos, serviços, e consultas especializadas, corre-se o risco de que os serviços não sejam capazes de atingir uma equalização aparentemente necessária entre o binômio oferta-demanda. Uma vez observados os resultados destacados nesta pesquisa, é possível perceber de forma clara que aspectos como a resolutividade da Atenção Básica, a formação de vínculos entre os serviços e sua população adscrita e o modelo assistencial ofertado são fatores que interferem profundamente neste desequilíbrio perene.

Além disso, não se pode ignorar a máxima de que os problemas de saúde não são exclusivamente gerados e nem tampouco sanados na própria área da saúde, uma vez que os aspectos socioeconômicos, ambientais e educacionais são, e continuarão sendo, fatores fundamentais nos determinantes de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstram os diversos fatores que interagem de forma significativa no acesso aos serviços de saúde no nível da AE. Estes fatores apontam para a relevância de aprofundamento nesta temática e indicam a necessidade de aprimorar as ações de prevenção de doenças e promoção de saúde pelas equipes das UBS acerca das especialidades estudadas.

A disparidade entre o que é proposto pela PPI com relação à quantidade de vagas disponíveis ao município e o número de profissionais cadastrados nos estabelecimentos prestadores dos serviços pactuados, bem como a falta de relação direta entre o menor tempo médio de espera e o menor absenteísmo, indicam que existem fatores mais relevantes que podem interferir no desfecho do encaminhamento da consulta com especialistas.

O equilíbrio entre a oferta e a demanda pelos serviços de saúde se constitui num desafio constante, mas é necessário buscar estratégias para além da necessidade de ampliação de serviços especializados. Devem-se levar em conta os aspectos referentes aos fatores determinantes de saúde da população, o grau de resolutividade da AB e, principalmente, a forma em que as demandas de saúde são produzidas e entendidas.

Assim, faz-se necessário, ainda, aprofundar o tema com os sujeitos que interferem diretamente no acesso aos serviços de saúde, incluindo a percepção dos profissionais, gestores e usuários, a fim de esclarecer as causas deste fenômeno segundo o ponto de vista de cada um deles.

Além disso, este estudo pode servir de diagnóstico para que as atividades a serem desenvolvidas pela Educação Permanente do município incluam temas pertinentes a estas especialidades para que possa ser atingida uma maior autonomia nas condutas de tratamento dos profissionais das UBS, potencializando a resolutividade da AB e qualificando os encaminhamentos para as especialidades.

REFERÊNCIAS

BENDER, A.S. ; MOLINA, L.R. ; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na Atenção Secundária e suas implicações na Atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dermatologia na Atenção Básica**. Brasília: 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – 2.ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução normativa nº 259, de 17 de junho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. **Lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CARVALHO T. C.; GIANINI R. J. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. **Revista Brasileira Epidemiologia**. São Paulo, v. 11, n. 3, p. 473 - 483, 2008.

CAVALCANTI R. P.; CAVALCANTI, J. T. M.; SERRANO, R. M. S. M.; SANTANA, P. R. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa - PB, Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 63 - 84, set. 2013.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução N° 2116/2015**. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.068/2013, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Publicada no D.O.U. de 04 de fevereiro de 2015, Seção I, p. 55.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2783 - 2794, 2011.

CRUZ, A. Inovação na Atenção Especializada no Brasil. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília, ano 5, n. 16, Julho, Agosto e Setembro de 2015.

DALRI L. **Absenteísmo de pacientes nos serviços de referência de especialidades odontológicas em Florianópolis, SC**. [Trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: UFSC; 2014.

DONABEDIAN, A. **An introduction to Quality Assurance in Health Care**. Oxford University Press, New York, 2003.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F.; DRAGO, L. C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. n. 21 jan.-fev. 2013.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Notícias: **Saúde: 40% das consultas e exames especializados são desperdiçados porque paciente falta**. Publicado em 04 de Junho de 2014. Acessado em 20/08/2014. Disponível em www.saude.es.gov.br

ESPOSTI, C. D. D. **Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil**. [tese]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A Produção Imaginária da Demanda e O Processo de Trabalho em Saúde. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção Social da Demanda**. IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

FURTADO, L. Entrevista. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília, ano 5, n. 16, Julho, Agosto e Setembro de 2015.

GAZETA ONLINE. **Capixabas tem mais câncer que o resto do brasil**. Disponível em: http://www.gazetaonline.com.br/_conteudo/2015/06/entretenimento/vida/3901244-capixabas-tem-mais-cancer-que-o-resto-do-brasil.html. Acesso em 21/06/2016.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.) **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, 312 p.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; CARVALHO, A. I.; CONILL, E. M.; CUNHA, E. M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60 p. 37-61, jan-abr 2002.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULUS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 331 - 336, 2004.

IBGE. **Conceitos: população potencialmente ativa**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>. Acessado em 19/06/2016.

INCA. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

IZECKSOHN, M. M. V; FERREIRA, J. T. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 235 – 241, 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MELO; A. C. B. V.; BRAGA, C. C.; FORTE, F. D. S. Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção básica: desvelando o absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 309 - 318, 2011.

MOLESINI, J. A.; FORMIGLI, V. L. A.; GUIMARÃES, M. C. L.; MELO, C. M. M. Programação pactuada integrada e gestão compartilhada do SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 34, n. 3, p. 623 – 638, 2010.

OLESKOVICZ, M; OLIVA, F. L; GRISI, C. C. H; LIMA, A. C; CUSTÓDIO, I. Técnica de *overbooking* no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1009 - 1017, maio, 2014.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2003.

PAIM J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, 148 p.

PIMENTEL, I. R. S.; COELHO, B. C.; LIMA, J. C.; RIBEIRO, F.G.; SAMPAIO, F. P. C.; PINHEIRO, R. P.; ROCHA FILHO, F. S. Caracterização da demanda em uma unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Florianópolis, v. 6, n. 20, p. 175 – 181, 2011.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511 – 1524, 2016.

SARMENTO JUNIOR, K. M. A.; TOMITA, S.; KOS, A. O. A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. n. 71, v. 3 parte 1, maio/junho, 2005.

SCHEFFER, M. *et al.*. **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, n.2, 1997.

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

VILA VELHA. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017**. Vila Velha, 2013. 120p.

_____. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Sítio da internet. **Notícias: Prefeitura oferece novas especialidades médicas**. Disponível em: <http://www.vilavelha.es.gov.br/noticias/2016/03/prefeitura-oferece-novas-especialidades-medicinas-9019>. Acessado em 02/05/2016a.

_____. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Sítio da internet. **Notícias: Saúde – Serviço de Atendimento Especializado em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE)**. Disponível em: <http://www.vilavelha.es.gov.br/paginas/saude-servico-de-atendimento-especializado-em-dst-hiv-aids-e-hepatites-virais-sae>. Acessado em 02/05/2016(b).

6.3 ARTIGO 3: A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO PROCESSO DE REFERENCIAMENTO DOS USUÁRIOS A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA

RESUMO

A organização do trabalho em saúde no processo de referenciamento dos usuários a partir da Atenção Básica

Introdução: As Redes de Atenção à Saúde fundamentam-se na compreensão da Atenção Básica como o primeiro nível de atenção, atuando como coordenadora da rede para garantir o acesso aos serviços de saúde e a integralidade do cuidado. Para alcançar este objetivo, é necessário que os processos de trabalho estejam coerentes entre os pontos da rede de Atenção Básica até os demais níveis de atenção, além de estarem centrados nos usuários. Nesse sentido, a presença de barreiras de acesso aos serviços de saúde na micropolítica da organização do trabalho pode se constituir em um fator gerador de absenteísmo dos usuários.

Objetivo: Analisar o processo de trabalho acerca da forma com que o acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica e na Atenção Especializada é realizado.

Métodos: estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado por meio de análise temática a partir de entrevistas com profissionais das Unidades Básicas de Saúde e da regulação municipal. **Resultados:** foram identificados processos que se constituem barreiras que, relacionados às dimensões do conceito de acesso à saúde (disponibilidade, poder de pagamento, informação e aceitabilidade) podem representar importantes fatores geradores de absenteísmo. **Conclusão:** As barreiras de acesso identificadas apontam para fatores geradores de absenteísmo, destacando-se a baixa cobertura populacional, a forma em que os serviços são ofertados e as resistências institucionais, que podem sinalizar a inconsistência de um sistema não centrado no usuário e que não assegura a integralidade da atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Absenteísmo; Acesso aos serviços de saúde; Integralidade em saúde.

ABSTRACT

The health work organization in users referencing process from primary care

Introduction: Health Networks are based on the understanding of primary care as the first level of care, acting as the network coordinator to ensure access to health services and comprehensive care. To achieve this goal, it is necessary that the work processes are consistent across the points of the Primary Care Network to other levels of care, and are focusing on users. In this sense, the presence of access to health services barriers in micropolitical work organization can constitute an absenteeism generating factor of users. **Objective:** To analyze the micro work process on access to health services Primary Care to the Specialized Care. **Methods:** A descriptive qualitative study, carried out through thematic analysis from interviews with professionals from Basic Health Units and municipal regulation. **Results:** we identified processes that are barriers related to access to health dimensions in its concept (availability, power payment information and acceptability) that may represent important factors that generate absenteeism. **Conclusion:** The identified barriers to entry point for generating absenteeism factors, especially the low population coverage, the way in which services are offered and the institutional resistance, that may point the inconsistency of a system is not user-centered and not ensures comprehensive care.

KEY WORDS: Absenteeism; Access to health services; Completeness health.

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro configura-se de forma universal, e deve garantir o acesso aos serviços de saúde de forma equânime e integral, organizando-se por meio de um modelo de Atenção Básica (AB) descentralizada e com grande capilaridade, atuando no local mais próximo das pessoas e sendo o contato preferencial do usuário e a principal porta de entrada dos serviços de saúde, devendo ser o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012).

O SUS tem avançado fortemente em alguns pontos do sistema de uma forma mais global. No entanto, existe um ponto dessa rede que é a Atenção Especializada (AE) em que houve pouca acumulação coletiva nos últimos anos no SUS, destacando-se por grandes desafios, dentre os quais a fragmentação do cuidado e a organização do sistema que não assegura a integralidade da atenção (FURTADO, 2015; PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

O diagnóstico recorrente de que a AE se configura um gargalo do SUS depara-se com um importante paradoxo, que diz respeito ao absenteísmo dos usuários no sistema de saúde, que, usualmente, ocorre em grandes proporções, envolvendo consultas e exames de média e alta complexidade (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; MELO; BRAGA; FORTE, 2011; OLESKOVICZ et al., 2014; CAVALCANTI et al., 2013; DALRI, 2014; IZECKSOHN; FERREIRA, 2014; ESPÍRITO SANTO, 2014).

Dentre os motivos do absenteísmo, ressalta-se o esquecimento da consulta como o fator principal, seguidos de agendamento em horários inoportunos, falta de tempo, não conseguir identificar o local da consulta, distância entre a residência do usuário e o local do serviço de saúde, não ter recursos financeiros para se deslocar até o local da consulta, burocracia no agendamento, não haver responsável disponível para acompanhar a criança/adolescente, adoecimento do paciente, perda do cartão de agendamento e até mesmo fazer compras no horário agendado (JANDREY; DREMER, 1999; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; MELO; BRAGA; FORTE, 2011; CAVALCANTI et al., 2013; OSLEKOVICZ et al., 2014; IZECKSOHN; FERREIRA, 2014; HAITER, 2014).

Dentre as barreiras que podem influenciar o acesso e utilização dos serviços de saúde, Jandrey e Drehmer (1999) apontam as resistências institucionais, dentre elas a pouca flexibilidade de horários e o tipo de acolhimento ofertado aos usuários, além do tipo de conduta que será utilizada no tratamento.

Importante destacar que as pesquisas encontradas na literatura científica apontam para um viés de culpabilização dos usuários pelo não comparecimento às consultas agendadas na maioria das ocasiões, porém, em muitos aspectos, sinalizam problemas no processo de marcação de consultas. Nesse sentido, o diagnóstico recorrente de que a AE se configura um gargalo do SUS pela insuficiência de oferta, agravada pelo absenteísmo provocado pelo esquecimento do usuário, pode estar equivocado, diante das formas de organização das relações entre a AB e a AE.

Assim, percebe-se que é necessário que sejam desenvolvidos mais estudos sobre este tema, pois, sem o aprofundamento destas questões, não fica claro quais seriam os fatores que levam ao desequilíbrio entre a oferta e a demanda, gerando um comprometimento desta relação.

Partindo da premissa de que é possível que haja fragilidades no processo de marcação de consultas na AB e nos encaminhamentos para as especialidades médicas, esta pesquisa teve como objetivo Analisar o processo de trabalho acerca da forma com que o acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica e na Atenção Especializada é realizado, pois poderiam apontar fatos geradores do absenteísmo dos usuários.

MÉTODO

Delineamento do Estudo

Trata-se de estudo exploratório, descritivo de caráter qualitativo, realizado por meio de análise temática a partir das entrevistas realizadas com os profissionais das UBS e da regulação municipal para abranger as questões referentes à compreensão do acesso aos serviços de saúde e do fenômeno do absenteísmo no ponto de vista dos entrevistados.

Foram selecionadas cinco UBS para realizar as entrevistas com os profissionais, sendo uma de cada região administrativa do município que comporta três regiões sem ESF e duas com ESF. A escolha de cada UBS se deu pela disponibilidade de data por parte dos profissionais em participar da pesquisa.

Optou-se por realizar as entrevistas semiestruturadas com os profissionais que se envolvem diretamente com o direcionamento do itinerário terapêutico dos pacientes, sendo, portanto, cinco gerentes, cinco médicos e um profissional da recepção de uma das cinco UBS que atua no processo de agendamento dos encaminhamentos para consultas na Atenção Especializada (AE), totalizando onze profissionais das UBS, além dos profissionais lotados no setor de Regulação municipal,

compreendendo um coordenador, três médicos reguladores e um operador do SISREG, totalizando cinco profissionais.

As entrevistas com os profissionais das UBS foram gravadas por meio do aplicativo de gravação de áudio do telefone celular (*Gravador de Voz Samsung*) para que as entrevistas pudessem ser transcritas em seguida. Foram realizadas de forma individual, e ocorreram na estrutura da própria UBS, sendo na sala da gerência ou consultório médico. Já os profissionais do setor de Regulação foram entrevistados de forma individual nas dependências da SEMSA. Todos os entrevistados que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na intenção de impossibilitar a identificação destes entrevistados, os profissionais das UBS e do setor de Regulação do município foram identificados neste estudo como Gerentes de Unidade (GU), Médicos de Unidade (MU), Recepção de Unidade (RU) e Profissionais da Regulação (PR), seguidos pela numeração elaborada de forma aleatória de 1 a 5 no caso dos GU e MU e PR.

Assim, foram analisadas as falas dos profissionais de saúde para compreender a dinâmica da marcação de consultas no território e o processo de marcação de consultas para a AE, sendo possível elaborar um esquema onde são visualizadas as etapas deste procedimento, além de expor as concepções destes atores a respeito do acesso e das causas do absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde.

Trata-se de um recorte da dissertação de mestrado intitulada 'Análise do acesso e absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde em um município do Espírito Santo'.

Cenário do Estudo

O município de Vila Velha possui população estimada de 440.705 habitantes, com a predominância de população potencialmente ativa, que compreende aqueles entre 15 e 65 anos (IBGE, 2016), representando 71,2% da população, e com uma concentração de pessoas com mais de 60 anos de 11,1% (VILA VELHA, 2013).

Sua organização político-administrativa compreende cinco Regiões Administrativas: Região 01 - Vila Velha Centro; Região 02 - Ibes; Região 03 - Aribiri/Argolas; Região 04 - Cobilândia/São Torquato; Região 05 – Jucu (VILA VELHA, 2013).

No período estudado, o município dispõe de 18 Unidades de Saúde (sendo nove Unidades com Estratégia Saúde da Família [ESF] e outras nove Unidades Básicas de Saúde [UBS]), além de um Hospital Municipal, um Centro Municipal de Atenção Secundária (CEMAS), dois Pronto-Atendimentos, um Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS ad), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), e um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em DST/HIV/AIDS (VILA VELHA, 2013).

Análise dos Dados

A análise das informações obtidas pelas entrevistas deu-se pelo método de análise de conteúdo, sendo empregada a análise temática, que é uma técnica simples e considerada apropriada para investigações qualitativas em saúde (MINAYO, 2014).

No caso deste estudo, foram definidos como indicadores os temas referentes ao acesso dos usuários aos serviços de saúde e o procedimento de marcação de consultas (envolvendo o processo de trabalho empregado neste tema) e as limitações do processo de trabalho e seus desdobramentos pelo ponto de vista dos profissionais.

Aspectos Éticos

O presente estudo foi realizado em conformidade com as recomendações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, que estabelece como imprescindível para a participação a informação dos sujeitos pesquisados acerca dos objetivos e fundamentos metodológicos do estudo, bem como sobre a garantia do sigilo dos dados obtidos e a liberdade de escolha destes sujeitos em participar ou não do estudo.

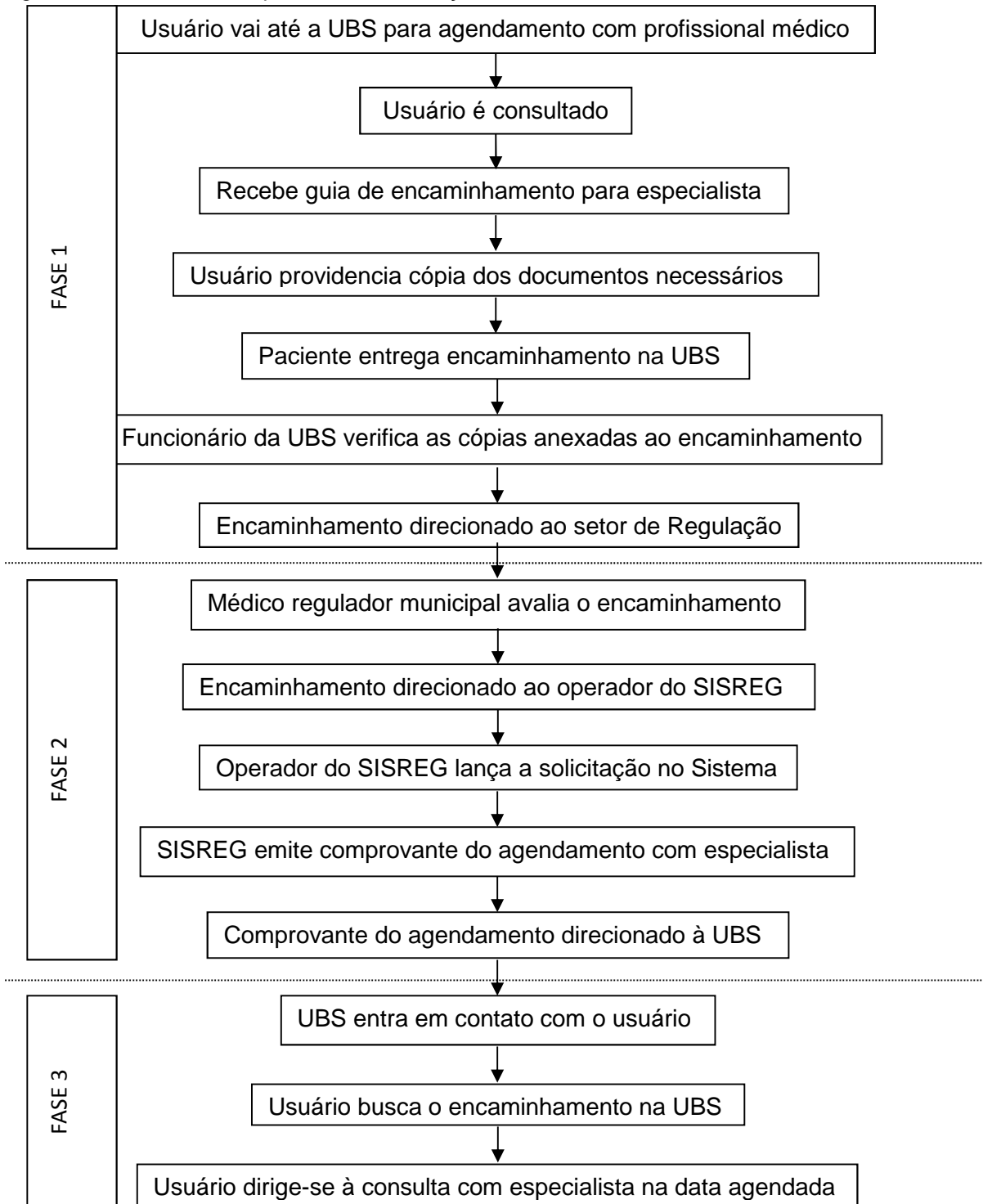
A pesquisa multicêntrica da qual faz parte, da foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Veiga de Almeida e aprovada sob o parecer nº 876.415, em 18/11/2014.

RESULTADOS

Os profissionais que atuam nas UBS na função de gerentes tinham idade entre 35 e 49 anos, e acumulavam experiência de cinco meses a sete anos nesta função. Todos tinham formação acadêmica de enfermagem. Os médicos das UBS tinham idade entre 28 e 63 anos, e acumulavam experiência de nove meses a 21 anos de prática. A profissional da recepção de uma das unidades tinha 19 anos e ensino superior incompleto. Os profissionais do setor de Regulação municipal tinham idade entre 45 e 59 anos, e acumulavam de dez meses a nove anos de experiência em suas respectivas funções.

Com base na descrição feita pelos profissionais acerca do processo em que o acesso à rede de saúde acontece na rotina das UBS estudadas, tanto no que se refere aos serviços disponibilizados na AB quanto o encaminhamento dos usuários para a AE, é possível dividir o trajeto percorrido em três fases: a primeira constitui-se das etapas ocorridas dentro da UBS, até o encaminhamento para especialidades ser dirigido ao setor de Regulação municipal; a segunda refere-se aos procedimentos em que o encaminhamento é submetido dentro do setor de Regulação municipal, até ser dirigido de volta às UBS; e a terceira caracteriza-se pela capacidade de comunicação entre a UBS e o usuário para que o mesmo possa ir à consulta agendada com o especialista, conforme a Figura 1.

Figura 1: detalhamento do processo de marcação de consultas



Fase 1: o fluxo para a utilização dos serviços da Atenção Especializada a partir do acesso à Atenção Básica

Na primeira etapa desta fase, o usuário deve se dirigir até a UBS para solicitar o agendamento da consulta com o profissional médico. Em uma das três UBS sem ESF, a marcação é feita diariamente e as consultas são agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais, variando entre agendamentos para a mesma semana até quinze a vinte dias, de acordo com o perfil em que cada usuário é identificado (gestantes, saúde mental, crianças, idosos ou deficientes). Em outra UBS sem ESF, os usuários também são agendados de acordo com a disponibilidade dos profissionais nas próximas semanas, e também existem marcações diferenciadas realizadas de acordo com determinados grupos em que são identificados. E na terceira UBS sem ESF, as consultas são agendadas de uma semana para a outra, sendo revelado que esta é uma prática recente, ainda em fase de teste, conforme os relatos abaixo:

A marcação agora passou a ser feita um dia na semana, segunda-feira. Aí eles marcam pra semana inteira. Não sei se vai continuar, mas por enquanto está sendo feito assim (MU5).

Como nosso fluxo é muito grande, são sete bairros, então a gente tem que trabalhar com senha, não tem jeito. Então a gente entrega a senha pra eles e eles aguardam [...] eu estou somente com um clínico para sete bairros, então eu tenho pacientes esperando há vinte dias para uma consulta. Sobre a marcação aqui na unidade a melhor forma que a gente encontrou foi assim: na segunda a gente marca clínico, na terça marca pediatra, na quarta é ginecologista e quinta e sexta é pra cadeirantes, diabéticos, hipertensos, idosos, pra eles não precisarem ficar na fila. [...] hipertensos, diabéticos, cadeirantes, idosos, é na quinta e na sexta o dia todo. Então normalmente na segunda, terça e quarta eles não vêm na unidade. Eles já sabem qual é o dia deles (GU2).

Logo que eu iniciei aqui, funcionava da seguinte forma: nós tínhamos um quantitativo de vagas que colocava na porta. E as pessoas vinham pela madrugada e ficavam na fila. Eles chegavam e olhavam o quantitativo. Se tinham 20 consultas, as 20 permaneciam e o restante ia embora. Hoje estamos tentando trabalhar para evitar essas filas da madrugada. Então começamos a marcar durante todo o dia e de uma semana para outra. Não marcamos mais como antes para o mês inteiro porque isso se perde (GU4).

A gente abre agenda todos os dias pela manhã e disponibiliza as vagas de acordo com o que nós temos. E fora isso, temos as consultas de pré-natal, saúde mental e puericultura que pode ser agendada qualquer hora do dia (GU5).

Já nas duas UBS com ESF, ambas operacionalizam as marcações de consultas uma

vez por semana. Outro detalhe é a forma de agendamento feito de acordo com os programas de saúde e também de acordo com critérios como ciclos de vida, sexo e patologias, conforme relatos:

Tudo aqui é semanal. Se acontece alguma coisa dá tempo da gente rever a agenda da outra semana e mexer. A gente tem os dias de agendamento de adulto e os dias de agendamento de idoso. [...] a gente distribui 20 fichas por médico por semana e 10 fichas de idoso por semana. Então é marcado de segunda até na outra segunda. Na outra segunda marca pra outra segunda. [...] a gente aqui é uma unidade de saúde da família, então a gente trabalha com agendamento eletivo e atendendo a todos os programas de saúde da família: Pré-natal, saúde da criança e do adolescente, puericultura, saúde do idoso, saúde da mulher, saúde do homem, visita domiciliar, grupos de hiperdia ou outros grupos. [...] as demais agendas não precisa vir marcar, fica aberto de segunda a sexta, de 07:00 às 16:00 no sistema. [...] A única que a gente não consegue agendar sem uma demanda de fila, que é o que a gente quer acabar com a fila porque isso é cultural, é a saúde do adulto, que é aquele que não se encaixa em programa nenhum (GU1).

As vagas são abertas para a população uma vez por semana e a população vem fazer esse acesso direto. [...] e o que nós começamos a ver? Qual é a nossa necessidade? Se essa semana eu tive uma grande demanda de mulheres que procuraram a unidade querendo atendimento, então na próxima semana a gente já tenta focar mais saúde da mulher. Então a gente abre saúde do homem, saúde da mulher, saúde da criança, puericultura, pré-natal... é feito abertura por categorias, vamos colocar assim... dependendo da necessidade a gente tira alguma delas ou tenta agregar uma ou mais, dependendo do que a gente está sendo procurado. [...] o povo procurou, as agentes de saúde identificam isso e colocam isso para a equipe ou a própria equipe já identificou juntamente com a recepção e a gente tenta abrir de acordo com a necessidade da população. [...] É claro que tem alguns casos que o Agente de Saúde traz a demanda e a gente já faz o agendamento direto na agenda do profissional. Mas a grande maioria é feito direto pelo paciente. [...] no caso, hoje, diante da dificuldade de cobertura de agentes de saúde em torno de 50%. Antigamente nós aguardávamos o Agente de Saúde que era responsável por esse agendamento. Hoje, diante de algumas áreas descobertas, então nós tiramos do agente de saúde que fizesse esse agendamento. Hoje a gente aguarda o paciente que vem até a unidade fazer o agendamento. [...] A população já está acostumada, está habituada ao tipo de agendamento (GU3).

[...] só que como ainda tem muitas áreas descobertas, sem ACS, aquela marcação de ficar vindo pessoalmente continua. [...] as pessoas vem muito cedo, são poucas fichas... e como eu tenho um público idoso, eles vem cinco horas da manhã, quatro horas da manhã, e só abre às sete. Muitos já foram assaltados, porque vem no escuro pela rua... e por mais que você bata na tecla "só abre às sete" eles vem nesses horários. Quem é mais novo não consegue pegar a ficha, porque chega aqui às 06:30 hs e já não

tem ficha. E a gente não consegue tirar isso (MU3).

O acesso à AE tem início após a realização da consulta com o profissional médico das UBS, onde o usuário obtém sua solicitação de encaminhamento para consulta com especialista. Em seguida, com a guia de encaminhamento em mãos, os usuários devem providenciar cópia de documentos pessoais, Cartão SUS e comprovante de residência e entregar na recepção da UBS.

No entanto, algumas UBS somente recebem estes documentos em alguns dias da semana e em horários pré-estabelecidos, com o argumento de que o número de funcionários é insuficiente para realizar esta tarefa durante todo o período de funcionamento da UBS, sendo que um deles chamou atenção com relação à esta limitação, reconhecendo que este é um fator desfavorável para os usuários.

A gente estipulou: entrega de encaminhamento pra marcação de consulta de especialidade é segunda e sexta-feira. [...] eu não tenho RH... Eu tenho uma funcionária que fica na recepção, ela está de férias e eu tenho que ficar lá. Quem está lá agora pra eu estar aqui é uma técnica de enfermagem. [...] se eu tivesse mais um profissional na recepção, que eu teria uma pessoa lá o dia todo, eu acho que a gente deveria aumentar os dias de entrega de encaminhamento, ser todos os dias. Só que eu não posso fazer isso agora. [...] A gente só manda uma vez por semana. Então pra gente aqui não difere. O que difere é pra ele, pro usuário. Ele vai pra casa, ele volta... Então isso pra ele é ruim, a gente sabe que é ruim. Só que ao mesmo tempo a gente não pode pegar se não tiver a cópia de um documento (GU1).

[...] é porque eu só tenho uma pessoa que pega isso na parte da manhã, porque senão vira bagunça. Ela só pega de sete às onze, que é o horário dela. Aqui [...] nós não temos uma pessoa que é responsável por isso. Eu não tenho administrativo (GU2).

Após a entrega das cópias dos documentos, é realizada a verificação dos dados necessários antes que os encaminhamentos sejam direcionados à Regulação municipal.

Nesta etapa, os profissionais das UBS registram a entrega dos documentos anexados à guia de encaminhamento (seja de forma manual ou informatizada) e reúnem todos os encaminhamentos que serão enviados por meio de malotes até o setor de Regulação do município. Este deslocamento dos documentos da UBS até a Regulação ocorre de forma padrão, pois cada uma delas tem um determinado dia da

semana para que motoristas da SEMSA recolham estes encaminhamentos e entreguem na Regulação. No entanto, existem momentos em que este fluxo é alterado.

A especialidade, uma vez por semana, no meu caso toda quarta-feira à tarde, a gente leva pra regulação (GU1).

Hoje o fluxo é esse: o médico dá o encaminhamento, monta o processo na recepção e a gente encaminha para a Regulação. Então quem faz essa montagem do processo e encaminha para a regulação sou eu ou a [...], que é uma senhora que já está quase aposentando. [...] Eu não posso ficar saindo pra ficar indo pra Regulação. Até vou, no meu carro, com a minha gasolina, eu até vou. Mas chegou um mês que eu gastei 400,00 reais de gasolina, de ter que ficar indo direto pra SEMSA, porque os pacientes procuram muito (GU2).

Durante a semana a gente encaminha para a Regulação. [...] Durante a semana, por exemplo, se eu vou na SEMSA três vezes por semana, o que eu puder eu já levo. [...] por exemplo hoje eu encaminhei o fulano, e o fulano é uma necessidade, eu preciso de um psiquiatra pra ontem pro fulano... aí eu encaminho separadamente, pra que eles tentem pelo menos pro fulano, pra que ele não fique sem esse atendimento. Então eu tento priorizar com a maior necessidade. [...] Então quando há uma necessidade maior, muitos casos a gente dá uma peneirada porque a gente realmente vê uma necessidade maior (GU4).

Em casos muito especiais, que não pode esperar, eu levo pessoalmente e entrego nas mãos e converso com o setor de regulação pra eles agilizarem esses procedimentos. E aí eu entrego na mão de lá (na regulação) para agilizar. Eu faço isso (GU5).

Às vezes eu vou até a gerente da unidade e apresento os casos que requerem uma certa urgência se ela consegue dar uma prioridade nesses casos (MU1).

Fase 2: o processo de regulação formal do acesso à Atenção Especializada

Esta fase é dividida em outras cinco etapas, que envolvem a chegada da guia de referência para a avaliação dos médicos reguladores, o direcionamento das guias avaliadas para os operadores do SISREG, a solicitação do agendamento no sistema, a impressão do comprovante do agendamento e retorno da guia de referência para a UBS de origem.

Uma vez que as UBS direcionam os encaminhamentos para a Regulação, os malotes são acolhidos pelos médicos reguladores que classificam os usuários de

acordo com critérios clínicos. Este processo de regulação médica ocorre, segundo os profissionais deste setor, de forma rápida. Porém, mesmo sendo feita a classificação entre as cores vermelho, amarelo e verde, o SISREG não considera estes dados como uma informação relevante, pois, em alguns casos, após o encaminhamento ser lançado no Sistema, ainda deve passar por uma nova classificação, que desta vez é feita pelos profissionais de Regulação Estadual.

Os médicos do Estado, eles modificam. O que aqui é considerado vermelho eles já visualizam que é amarelo (PR2).

É um processo que em no máximo em um dia já está dentro da caixa e devolvido para a unidade de saúde. [...] novamente ele é reavaliado com o médico Regulador do Estado. O que nós acreditamos é que ele entra numa fila de novo de prioridades lá de vermelho, amarelo (PR3).

Todos os que foram trazidos hoje foram regulados hoje. Minha mesa está vazia. Tudo é feito no mesmo dia. Tudo é basicamente autorizado na mesma hora que chega. É rápido, funciona muito bem (PR4).

Apesar deste processo ser descrito de forma ágil, são relatadas algumas limitações técnicas que impedem que esta prática de regulação ocorra da forma ideal para que seja feita a classificação de prioridades de acordo com o risco identificado nas guias de referência.

Muitas vezes vem sem quadro clínico nenhum. Vem só mal e mal o nome da pessoa. [...] A gente precisa ter o quadro clínico para poder analisar caso a caso. Às vezes vem em branco e isso realmente é ruim, pra nós que não estamos com o paciente na nossa frente (PR1).

Nós precisamos ir a fundo nessa questão da qualificação dos encaminhamentos. O papel é frio. Se não tiver muito bem descrito, tem dificuldade de classificar (PR3).

Nossa classificação é baseada nos dados clínicos que vêm descritos nos documentos. Isso às vezes impede que a gente classifique porque vem muito mal elucidado o quadro clínico do paciente a ponto de nós podermos autorizar ou negar alguma coisa. A qualidade do encaminhamento interfere diretamente com a gravidade da classificação (PR4).

Após a classificação dos encaminhamentos, os mesmos são separados por caixas para cada UBS e, a partir daí, cabe aos operadores do SISREG realizar a marcação na data disponível para a consulta.

De acordo com os profissionais, esta etapa sofre interferência de ordem interna, como a quantidade de recursos humanos disponíveis para fazer os agendamentos e o processo de trabalho do setor. Como forma de reforçar o quantitativo de pessoas realizando as marcações na Regulação, ocorre a prática de deslocamento de funcionários das UBS para a regulação de forma sistemática, a fim de agilizar estas solicitações.

Às vezes uma pessoa só que é operadora que às vezes está com várias unidades que tem uma grande demanda pra estar entrando no sistema, às vezes aquilo ali, a pilha (de encaminhamentos) fica, demora um pouquinho. A gente tá tendo redução de pessoal ali também né... nas unidades e aqui. As operadoras, desde que eu entrei aqui eu só vi gente saindo, eu não vi ninguém chegando. E já soube ali que vão sair mais duas que vão ser aposentadas em breve. [...] Então só redução de pessoal. São papéis, mas quem está cuidando dos papéis são as pessoas (PR1).

Ali no setor são vários funcionários. Aí tem funcionário que está com três unidades de saúde, está com duas ou com uma (PR2).

A quantidade de operadores pra atender nesse município deveria ser no mínimo um pra cada unidade, considerando que a pressão do usuário que exerce em cima de um município que tem portas estreitas de entrada, é muito grande! [...] Ora nós temos uma quantidade razoável, ora nós temos um desfalque importante que implica em não conseguir cumprir o mínimo de agendamento com a oferta que o município tem (PR3).

Eles pediram ajuda das unidades para encaminhar profissionais para ajudar na regulação. [...] Agora, de centralizar lá na regulação, eu gostei da ideia... eu acho que ficou ótimo. Desde que também tenha número suficiente de profissional para poder fazer, o que não tem... Então, sobre a questão da regulação o nosso único problema é esse, a gente não tem RH pra manter um sistema funcionando, um sistema excelente, que não dá pra funcionar (GU1).

A funcionária da Regulação não está dando conta. Ela toma conta da regulação de duas unidades... a minha consome ela. Ela ficou um mês de férias, e eu fui lá um dia e fiquei assustada. A mesa dela estava assim... (faz gesto de empilhamento de papéis). Porque eu estava só levando os encaminhamentos e não ficou ninguém no lugar dela responsável pelo agendamento dessa unidade. Ficou o mês todo com os processos parados (GU2).

Com relação ao tempo entre a execução da solicitação no Sistema e a marcação da data disponível, os profissionais da Regulação destacam que, de uma forma geral, as vagas são disponibilizadas num intervalo suficientemente adequado para que os usuários sejam comunicados e possam comparecer às consultas. Mas relatam também que esta disponibilidade de vagas não ocorre de forma fixa, demonstrando

uma sazonalidade de vagas de acordo com as especialidades, bem como uma variação na capacidade de agendamento por cada profissional que opera o SISREG. Chama-se atenção, também, para o fato de que o SISREG libera as atividades em um horário incomum para que os operadores possam ter acesso às vagas disponíveis, sujeitando-os a uma jornada de trabalho em horário diferenciado na tentativa de competir com os demais municípios e garantir a vaga para o munícipe de Vila Velha.

O que eu agendei ontem, todos os pacientes vão na consulta daqui 17 dias. Já sai tudo direitinho. [...] Depende do dia. Hoje já não deu pra agendar nada devido à agenda. A agenda ainda não foi liberada pra nós. [...] O Estado libera as vagas para o município de Vila Velha, aí cada agendador, 6 horas da manhã pelo sistema SISREG, vai agendando as consultas (PR2).

Ainda está aquém daquilo que foi pactuado. Essa oferta que está na PPI, o Estado ainda não conseguiu atingir níveis razoáveis né... porque o Estado, por baixa oferta de algum serviço, ele tem regulado boa parte dos procedimentos que ele disponibiliza. O que significa isso? Não é uma vaga existente garantida pela PPI que eu abro a tela todo dia e o paciente tem uma vaga disponível. Não é isso que vem acontecendo. O processo trabalho do marcador com essas consultas reguladas fica limitado (PR3).

O problema é que nós, municípios, ficamos com o pires na mão esperando o Estado ceder as vagas. [...] e não é culpa das meninas quanto a marcação também não. Elas ficam loucas, chegam até antes do expediente, pra poder tentar conseguir as vagas que são cedidas às vezes 5 horas da manhã. O que é uma incoerência total por parte do Estado, porque ninguém trabalha às 5 da manhã (PR4).

Após a identificação da disponibilidade de vagas para consultas com especialidades no SISREG, o agendamento é feito e é emitido um comprovante, que é anexado à guia de referência inicialmente enviada das UBS para o setor de Regulação.

Após este procedimento, as guias são novamente separadas por UBS e retornam para as mesmas, para que as equipes possam entrar em contato com os usuários e comunicá-los a respeito do agendamento.

Este retorno às UBS ocorre geralmente no momento em que os novos malotes de encaminhamento são entregues na regulação municipal pelos motoristas da SEMSA. Ou ainda, podem ser retirados pelos gerentes das UBS em outros momentos.

Fase 3: a comunicação do usuário para o consumo dos serviços na Atenção Especializada

A terceira fase é constituída pelas últimas três etapas, sendo o procedimento de contactar o usuário para que este possa se dirigir até a UBS e retirar a guia de referência com o comprovante do agendamento anexado e, em seguida, dirigir-se à consulta com o especialista na data e horário marcado.

As etapas desta fase caracterizam-se pela capacidade de comunicação entre a UBS e o usuário, bem como sua disponibilidade de ir até a UBS para retirar a guia de referência para que, posteriormente, o mesmo possa ir à consulta agendada com o especialista.

A partir do momento em que os encaminhamentos retornam para as respectivas UBS, são iniciadas as tentativas de contatos com os usuários. Porém, mesmo conseguindo realizar esse contato, ainda assim não há garantias de que o usuário irá comparecer à UBS para retirar seu encaminhamento, bem como de que vá comparecer à consulta agendada com o especialista. Ainda, os profissionais relatam que é comum que a SESA libere algumas consultas com pouco tempo hábil para que seja feita a comunicação entre o serviço e os usuários.

[...] às vezes chega encaminhamento de um dia pro outro. [...] Tem aquele paciente que deixa o encaminhamento aqui e some. Às vezes quando a gente vai ligar, ou o ACS não encontra ou ele já mudou de casa. A gente liga pra casa, liga uma, liga duas, liga três vezes... não conseguiu, a gente não liga mais. Porque a gente não tem pernas também pra ficar ligando. A gente não acha o paciente, o paciente não vem pra buscar a consulta e aí como é que a gente faz?(GU1).

você liga e “ah não conheço não”, “num é desse telefone”. Eles mudam muito de telefone. [...] Tem muita gente que a gente liga e não vem buscar. A gente perde muito tempo e acaba acontecendo isso. Eu não sei porque que eles não vem buscar (GU2).

Eu já solicitei vaga para o Estado e já tem mais de um ano de espera. E o Estado não te libera. Em compensação tem pedido que você lança hoje e ele já te libera. Aí quando chega aqui na minha unidade, eu tenho um tempo curto... chegou hoje e às vezes é pra hoje à tarde... Chegou hoje e às vezes é pra amanhã cedo. E aí a gente pensa que o usuário também está livre. Mas nem sempre está livre. Quando é uma pessoa idosa, ou outra coisa assim... mas mesmo assim, nem sempre está livre (GU5).

Aí o Estado libera em cima do dia, dia muito próximo. Quando eu visualizo

que não vai dar tempo da unidade entrar em contato com esse paciente, aí eu mesma ligo (PR2).

A questão da maior dificuldade que nós entendemos pra ele não alcançar isso, é a questão da comunicação telefônica. O que vem acontecendo é essa disponibilidade da vaga ser muito em cima do dia. Obviamente que não há nenhum demérito da unidade por não ter conseguido contato. Porque a gente já sabe que se trata de uma coisa que foi liberada sem estar dentro daquela da rotina de 15 dias (PR3).

DISCUSSÃO

Considerando as entrevistas realizadas com os profissionais das UBS e da regulação municipal, foi possível identificar os principais temas que emergiram e relacioná-los, em cada uma das fases identificadas, às dimensões do acesso, que neste estudo se baseiam nos conceitos apresentados em artigo de revisão por Sanchez e Ciconelli (2012), sendo a disponibilidade, poder de pagamento, Informação e aceitabilidade. As duas primeiras dimensões são consideradas como as mais tangíveis e, as outras duas, as menos tangíveis.

Disponibilidade

A disponibilidade compreende um conjunto de fatores, tais como: localização geográfica, ou seja, a distância entre os serviços e os usuários e suas opções de transporte; horário de funcionamento, em relação à disponibilidade de cuidado no momento adequado; sistemas de marcação, incluindo sua organização e variáveis como tempo de deslocamento, tempo médio de espera para o agendamento de consultas, tempo médio de espera para o atendimento; transporte para a realização de consultas domiciliares; e o tipo e a abrangência da oferta de serviços em comparação às necessidades de saúde da população (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Considerando que o município de Vila Velha, com uma população estimada de 440.705 habitantes (VILA VELHA, 2013), possui uma capacidade instalada de serviços da AB com dezoito UBS, onde nove atuam com ESF, comportando 35

equipes, e as outras nove caracterizam-se como UBS sem ESF, totalizando 44 equipes de AB, a dimensão da disponibilidade pode revelar-se como uma importante barreira na obtenção do acesso por parte dos usuários.

Sobre o aspecto de considerar a AB como a principal porta de entrada dos serviços disponíveis na RAS, que é conceituada como arranjos organizativos de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas que buscam garantir a integralidade do cuidado e é fundamentada na compreensão da AB como o primeiro nível de atenção (BRASIL, 2010), percebe-se que o acesso proposto no município estudado é operacionalizado de formas diferentes entre as UBS com e sem ESF, no que se refere ao acesso e ao processo de marcação de consultas, permitindo identificar resistências institucionais como a pouca flexibilidade de horários, tipo de acolhimento ao usuário e tipo de abordagem terapêutica disponibilizada (consulta), conforme apontado por Jandrey e Drehmer (1999).

Ainda remetendo à dimensão da disponibilidade, para que o acesso dos usuários não seja dificultado, a Política Nacional de Atenção Básica recomenda que se deve evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias (BRASIL, 2012), conforme pode ser percebido na prática do processo de trabalho das UBS estudadas.

Como alternativa a esta prática, as equipes devem desenvolver ações prioritárias de intervenções clínicas e sanitárias de acordo com as necessidades de saúde da população, identificando os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares ou ambientais conforme sua frequência, intensidade, vulnerabilidade e resiliência (BRASIL, 2012).

Outro aspecto fundamental com relação à atribuição das equipes de AB é a de que se deve proporcionar o desenvolvimento da autonomia dos usuários de forma individual e coletiva, a fim de compartilhar entre os usuários e os profissionais de saúde a responsabilização do cuidado, por meio de ações educativas que tenham condições de interferir no processo de saúde-doença (BRASIL, 2012). Nesse sentido, entende-se que os serviços ofertados de forma fragmentada e prioritariamente individualizados na forma de consultas, não possibilitam que este objetivo seja alcançado, podendo gerar, assim, um aumento da procura pelos serviços pontuais e episódicos na AB, constituindo-se numa barreira de acesso.

Outra particularidade pode ser observada com os relatos sobre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que revelam as fragilidades de cobertura por estes profissionais e sua ligação com a comunidade, exercendo em algum momento a função de agendamento de consultas para os usuários de suas respectivas áreas.

Importante ressaltar que, não obstante às falhas de cobertura do território por estes profissionais, esta seria uma prática equivocada, uma vez que não está entre as atribuições dos ACS realizar o agendamento de consultas da população adscrita em seu território, mas sim de identificar situações de vulnerabilidade e risco à saúde e orientar para o agendamento de consulta na UBS (BRASIL, 2009). O agendamento de consultas deveria ser precedido pela prática do acolhimento às demandas pela equipe de saúde, por meio da escuta qualificada e da avaliação criteriosa da necessidade de ser agendada uma consulta médica. A não observância desta prática pode ser considerada como um potencial fator de geração de absenteísmo dos usuários, pois pode haver uma fragilidade da compreensão da realização de determinados procedimentos por parte do usuário.

Outra ocorrência relevante neste fluxo de encaminhamento da AB para a AE é que após serem consultados pelo médico da UBS, os usuários ficam de posse da guia de referência até que estejam com todas as cópias dos documentos para ser entregues na recepção. Assim, além do tempo que transcorreu desde o momento inicial na busca pelo atendimento, depende dele próprio impedir que esse tempo seja maior providenciando a cópia dos documentos o mais rápido possível.

Nesse sentido, o tempo médio de espera para agendamento entre a consulta com o profissional médico da UBS e a consulta com o médico especialista é influenciado também pelo tempo médio de espera para o atendimento, ou seja, o tempo que os usuários levam para reunir as cópias de toda a documentação e entregá-las na UBS.

Percebe-se ainda que além da barreira inicial do acesso na UBS, o fator referente aos recursos humanos disponíveis pelo serviço também se constitui como dificultador do acesso relacionado à dimensão da disponibilidade, sendo, desta vez, a tentativa de se chegar ao atendimento de sua demanda na AE. Nesse sentido, para que a AB seja de fato coordenadora da RAS, deve-se garantir estrutura e recursos humanos suficientes para tal, contemplando, inclusive, a sua capacitação (BRASIL, 2015a).

Assim, mesmo que as cópias da documentação sejam feitas de forma ágil, o processo de trabalho limitado pela escassez de recursos humanos relatado em algumas UBS faz com que o usuário tenha que se adequar às “janelas de disponibilidade” que o serviço apresenta para receber a guia de referência e as cópias solicitadas.

Nesse contexto, a dimensão da disponibilidade no conceito do acesso ocorre de forma inversa, pois dessa forma, é o usuário quem deve estar disponível à forma limitada de organização do serviço.

Após a entrega da documentação na recepção da UBS, a possibilidade de ocorrer o absenteísmo na AE começa a surgir como um evento plausível, uma vez que a guia de referência será dirigida ao setor de regulação municipal onde ocorrerá o agendamento para a consulta com especialista de acordo com os fatores que interferem direta e indiretamente nas dimensões do acesso.

Apesar de haver uma logística que garante o transporte das guias de referência das UBS até a Regulação municipal, há de se reconhecer o esforço pessoal que os gerentes das UBS realizam na tentativa de agilizar o andamento do agendamento para as consultas dos usuários na AE.

No entanto, este fluxo de entrega das guias de referência na regulação que ocorre de forma paralela revela que o fator tempo médio de espera para agendamento das consultas é, por vezes, observado e levado em consideração por parte de membros da equipe e gestores das UBS. Na prática, isso significa que é identificado, de modo subjetivo, um sinal de alerta que faz com que alguns usuários sejam tratados com prioridade em relação aos demais, uma vez que a limitação na logística de alimentação do SISREG gera dias de espera que podem ser significativos para o seguimento da atenção ambulatorial especializada.

Importante destacar que o SISREG é um sistema que funciona via *web*, ou seja, não necessita que seja instalado um programa específico em cada computador, o que permite que o acesso ao sistema seja feito 24 horas por dia, sete dias por semana, viabilizando sua utilização durante todo o período de funcionamento de cada uma das unidades, sejam elas do ambiente ambulatorial da AB, da AE, ou hospitalar, vinculadas à central de regulação (BRASIL, 2015b).

A limitação da quantidade de recursos humanos relatados pelos profissionais

entrevistados, aliada à indisponibilidade das equipes em gerir sua demanda para a AE na própria UBS, são fatores que resultam na conformação deste fluxo de deslocamento das guias de referência entre as UBS e a regulação municipal, e constituem fator agravante do tempo de espera dos usuários, configurando-se numa barreira para que tenham a garantia do acesso aos serviços da AE em tempo oportuno com equidade, eficiência e efetividade.

A AB somente será coordenadora da rede se estas questões básicas forem resolvidas. A falta de atenção ou displicência dos profissionais ao realizar o encaminhamento para especialista interfere de forma sensível no tempo de espera dos usuários, uma vez que influencia na classificação de risco realizada pelos médicos reguladores, o que pode prejudicar o agendamento em tempo oportuno para a situação de saúde que estes usuários se encontram.

Percebe-se que há o reconhecimento de que o setor de regulação necessita de um quantitativo considerável de pessoas para operar o sistema e realizar o agendamento das consultas com especialistas, e que esta limitação reflete diretamente no tempo de espera dos usuários.

Além do tempo de espera, outro fator relacionado à dimensão da disponibilidade é a realização do agendamento sem uma consulta prévia ao usuário sobre a conveniência da data e horário em que a consulta na AE será agendada. Dessa forma, cabe ao usuário organizar sua programação de acordo com o que o serviço lhe impõe.

Com base nestes relatos, deve-se questionar se realmente há uma limitação generalizada nas UBS que impeça que esta função seja feita no próprio serviço, pois, da mesma forma em que as UBS estudadas se organizam para planilhar todo o movimento de entrada e saída das guias de referência e por vezes deslocam funcionários para fazer o agendamento dos usuários de suas respectivas UBS no setor da regulação municipal, esta mesma energia poderia ser utilizada para incluir os dados dos usuários na própria UBS alimentando o SISREG e assim abreviar um tempo de espera considerável decorrente do fluxo atual.

Em resumo, com base nestes relatos, reforça-se o fato de que os usuários devem se adaptar às limitações organizacionais do serviço. Considerando que em geral os usuários podem estar sujeitos a comparecer à UBS em quatro momentos distintos

para efetivar a solicitação de encaminhamento para a consulta com o especialista (marcação da consulta com médico da UBS, realização da consulta com médico da UBS, entrega da cópia dos documentos e busca da confirmação do agendamento), além de um quinto momento de deslocamento até o local da consulta na AE, fica evidente que esta condição pode fazer com que os usuários procurem outras maneiras de ter sua demanda atendida, podendo ser um importante fator gerador de absenteísmo.

Poder de pagamento

De uma forma geral, o poder de pagamento indica o grau de financiamento público do cuidado em saúde, relacionando-se com a capacidade financeira do usuário acerca dos investimentos diretos e indiretos envolvidos na utilização dos serviços. Essa dimensão implica, portanto, na análise dos gastos diretos e/ou indiretos feitos pelos usuários para terem suas necessidades de saúde atendidas, como honorários de profissionais de saúde, compra de medicamentos ou realização de exames, transporte ou alimentação especial, perda de renda ou produtividade devido ao tempo de espera pelo atendimento. (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A existência de barreiras financeiras precisa ser considerada na análise dos fatores geradores de absenteísmo. O poder de pagamento consiste na relação entre o custo direto e indireto da utilização dos serviços envolvendo indicadores como fontes de renda e a capacidade de pagamento por parte do usuário.

Nesse aspecto, percebe-se que o fato de ficar a cargo do usuário a providência de realizar as cópias dos documentos tem uma implicação direta com o poder de pagamento, pois essa “tarefa” aparentemente simples envolve a aplicação de recursos, além de muitas vezes envolver um deslocamento até o local onde as cópias serão realizadas que também resultará num desembolso extra.

Ainda com relação a essa dimensão, deve-se destacar que, desde o primeiro contato com o serviço de saúde para realizar o agendamento da consulta na UBS até a entrega dos documentos na recepção, o usuário teve que estar disponível aos serviços de saúde por, no mínimo, duas ocasiões diferentes. Caso ainda tenham que providenciar as cópias dos documentos e depois retornar à UBS, o usuário terá

que se deslocar pela terceira vez.

Isso implica não só no eventual desembolso com transporte para chegar até sua UBS de referência (devido às poucas portas de entrada, provavelmente nem todos os usuários consigam se deslocar a pé até ela), mas também implica nos impactos que esse tempo despendido em ocasiões diferentes resulta, como a perda de produtividade por estar se ausentando do local de trabalho e a possível necessidade de se alimentar nesse período.

Informação

A dimensão da informação é essencial para compreender as demais dimensões do acesso, pois pode preencher uma lacuna entre a oportunidade de utilização e a real necessidade de utilizar os serviços de saúde, uma vez que capacita as pessoas para que possam realizar escolhas acerca dos cuidados de saúde. A falta de informação sobre a percepção individual de saúde e doença e sobre os critérios de escolha das opções disponíveis para a efetivação do cuidado, pode afetar o acesso (THIEDE; McINTYRE, 2008; SANCHEZ; CICONELLI, 2012) e representar significativos fatores geradores de absenteísmo.

Segundo Franco e Merhy (2005), o processo de trabalho em saúde capaz de gerar o cuidado depende inteiramente da relação entre os sujeitos, surgindo assim, as possibilidades de se construir uma interação que possa ter impactos positivos nos problemas de saúde, gerando vínculo, envolvimento e co-participação entre estes sujeitos. Nesse contexto, a informação é considerada uma importante dimensão para o acesso ao sistema de saúde.

A informação se caracteriza pelo grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde, e envolve aspectos como escolaridade, letramento em saúde ou conhecimento sobre a própria situação de saúde, além de ser considerada como uma variável que garante um empoderamento sobre decisões relacionadas à saúde (THIEDE; McINTYRE, 2008) e componente importante na eliminação das disparidades em saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Nesse sentido, pode-se relacionar que, dependendo do grau de informação dos

usuários, estes não serão totalmente capazes de compreender os fluxos estabelecidos, dificultando o empoderamento sobre suas decisões e sua capacidade de fazer uso do sistema da forma mais adequada para atender às suas reais necessidades.

Essa assimetria de informações também dificulta o entendimento dos profissionais acerca do diálogo com os usuários, uma vez que quanto maior for essa assimetria, menor será a compreensão daquilo que de fato o usuário tem a intensão de expressar a respeito de sua demanda.

Aceitabilidade

Essa dimensão corresponde à percepção dos serviços pelos usuários de forma individual e coletiva, perpassando pelos aspectos culturais e educacionais e envolvendo fatores como sexo, idade, crenças, condições socioeconômicas, além da confiança no sistema de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A aceitabilidade apresenta um componente central, que é o respeito mútuo entre profissionais de saúde e usuários. Este componente se reflete na interação das expectativas dos profissionais como da adesão do usuário ao que lhe é proposto como tratamento, e das expectativas dos usuários com relação à organização do serviço, às condutas dos profissionais como respeito no atendimento e escuta às suas queixas, explicação da situação de saúde e discussão sobre opções de como realizar o cuidado (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Os processos de trabalho apresentados de forma burocrática e as condições pelas quais os usuários devem se adaptar para acessar os serviços de saúde, que evidenciam um sistema que não está centrado no usuário, podem gerar a sensação de descrédito no sistema por parte dos usuários e fazer com que declinem da consulta agendada na AE e que não comuniquem esta decisão ao serviço de saúde, podendo ser considerado um possível fator de geração de absenteísmo.

Considera-se que o engajamento entre os profissionais e os usuários é decisivo para que se estabeleça uma interação que gere uma relação de confiança (TRAVASSOS; 2008; SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Isso pode ser identificado principalmente no

ato da solicitação do encaminhamento para a AE por parte do médico assistente da UBS. Caso o usuário não se aproprie ou não aceite a importância desta conduta, há grandes chances de que, mesmo após a entrega da guia de referência com as cópias dos documentos, esta dimensão contribua significativamente para que ocorra o absenteísmo na AE.

Para a compreensão da relação entre as demandas e necessidades, deve-se estabelecer um espaço de diálogo onde as negociações possam produzir efeitos de práticas eficazes na produção do cuidado, permitindo uma compreensão mútua entre os envolvidos para que, ao final, haja uma maior viabilidade de se alcançar a integralidade da atenção (PINHEIRO et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As barreiras de acesso identificadas neste estudo apontam para fatores geradores de absenteísmo, destacando-se a baixa cobertura populacional evidenciada pelo número de UBS no município estudado, a oferta de serviços apresentada de forma restrita e fragmentada e a barreira organizacional, que podem sinalizar a inconsistência de um sistema não centrado no usuário e que não assegura a integralidade da atenção.

Como descrito nestas três fases, é possível perceber que a trajetória percorrida pelo usuário na busca pela consulta nos dois níveis de atenção não se constitui numa tarefa simples, pois desde o surgimento da demanda para a consulta com o clínico na UBS e o sucesso no agendamento com este profissional, até o seu deslocamento ao local da consulta com o especialista, diversos fatores interferem diretamente neste desfecho, como as resistências institucionais de pouca flexibilidade de horários e o tipo de acolhimento ofertado.

Apesar de não poder ser feita a inferência de que os resultados corroboram com a principal causa de absenteísmo dos usuários apontados pela literatura, que é o esquecimento, é possível reforçar os demais motivos apontados, sendo o agendamento em horários inoportunos, falta de tempo, não conseguir identificar o local da consulta, distância entre a residência do usuário e o local do serviço de saúde, não ter recursos financeiros para se deslocar até o local da consulta,

burocracia no agendamento, que podem ser identificados de forma direta e indireta nos relatos dos profissionais entrevistados.

Dependendo de fatores como: tempo de espera e local onde será realizada a consulta (disponibilidade), condições financeiras de se deslocar até este local (poder de pagamento), compreensão das orientações dadas pelo serviço sobre seu estado de saúde e necessidade de receber atenção ambulatorial especializada (informação) e a confiança no que lhe está sendo ofertado (aceitabilidade), o desfecho esperado (comparecimento à consulta na AE) pode ou não se concretizar.

Superada a identificação das barreiras de acesso presentes no processo de trabalho das equipes das UBS, que representam um possível fator gerador de absenteísmo dos usuários, faz-se necessário, ainda, aprofundar o conhecimento das causas do absenteísmo de forma mais específica, incluindo a percepção dos profissionais de saúde, gestores e usuários, a fim de esclarecer as causas deste fenômeno.

REFERÊNCIAS

BENDER, A.S; MOLINA, L.R; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na Atenção Secundária e suas implicações na Atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Portaria GM/MS nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS**. Brasília: 2015b.

CAVALCANTI R. P.; CAVALCANTI, J. T. M.; SERRANO, R. M. S. M.; SANTANA, P. R. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa - PB, Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 63-84, set. 2013.

DALRI, L. **Absenteísmo de pacientes nos serviços de referência de especialidades odontológicas em Florianópolis, SC.** [Trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: UFSC; 2014.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Notícias: **Saúde: 40% das consultas e exames especializados são desperdiçados porque paciente falta.** Publicado em 04 de Junho de 2014. Acessado em 20/08/2014. Disponível em www.saude.es.gov.br

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A Produção Imaginária da Demanda e O Processo de Trabalho em Saúde. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção Social da Demanda.** IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

FURTADO, L. **Entrevista.** In: Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ano V | Número 16 | Julho, Agosto e Setembro de 2015.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6 ed, São Paulo: Editora Atlas, 2014.

IZECKSOHN, M. M. V; FERREIRA, J. T. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manginhos, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 235 – 241, 2014.

JANDREY, C.M; DREHMER, T.M. **Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico:** o caso do módulo de serviço comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS) – UFRGS. Resumo de dissertação. UFRGS, 1999.

MELO; A. C. B. V.; BRAGA, C. C.; FORTE, F. D. S. Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção básica: desvelando o absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 309 - 318, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. (org); DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 34 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.

OLESKOVICZ, M; OLIVA, F. L; GRISI, C. C. H; LIMA, A. C; CUSTÓDIO, I. Técnica de *overbooking* no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1009 - 1017, maio, 2014.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511 – 1524, 2016.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F. R. S.; GOMES, R. S. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MÜLLER NETO, J. S.; TICIANEL, F. A.; SPINELLI, M. A. S.; SILVA JR, A. G. **Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe e a participação**. IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. **Conceitos de acesso à saúde**. Revista Panamericana de Salud Publica. v. 31, n. 3, p. 260 – 268, 2012.

THIEDE, M.; McINTYRE, D. Informação, comunicação e acesso equitativo aos cuidados de saúde: um comentário conceitual. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-73, 2008.

TRAVASSOS, C. Forum: equidade no acesso aos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1159 - 1161, maio, 2008.

VILA VELHA. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017**. Vila Velha, 2013. 120p.

6.4 O ABSENTEÍSMO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Com os dados obtidos nas entrevistas com os profissionais da SEMSA foi possível identificar os temas que emergiram com respeito ao fenômeno do absenteísmo. Em seguida serão apresentadas as perspectivas dos profissionais com relação à sua percepção da ocorrência, das causas e dos desdobramentos do absenteísmo em sua prática profissional.

6.4.1 Perfil dos profissionais entrevistados

Os profissionais que atuam nas UBS na função de gerentes tinham idade entre 35 e 49 anos, e acumulavam experiência de cinco meses a sete anos nesta função. Todos tinham formação acadêmica de enfermagem. Os médicos das UBS tinham idade entre 28 e 63 anos, e acumulavam experiência de nove meses a 21 anos de prática. A profissional da recepção de uma das unidades tinha 19 anos e ensino superior incompleto. Os profissionais do setor de Regulação municipal tinham idade entre 45 e 59 anos, e acumulavam de dez meses a nove anos de experiência em suas respectivas funções.

Este perfil reforça a indicação do papel ampliado de atuação do profissional de enfermagem para além das práticas de assistência aos usuários e da educação em saúde, sendo agregadas as atividades administrativas referentes ao gerenciamento dos serviços de saúde (GALAVOTE et al., 2016).

6.4.2 As causas do absenteísmo na perspectiva dos profissionais

Considerando que o absenteísmo dos usuários se configura num componente relacionado ao acesso aos serviços de saúde, a percepção dos profissionais de saúde com relação às causas deste fenômeno podem ser relacionadas de acordo com as dimensões apresentadas pelo conceito de acesso. Assim, foi possível identificar os principais temas que emergiram nas entrevistas com os profissionais e relacioná-los às dimensões do acesso, que neste estudo se baseiam nos conceitos

apresentados em artigo de revisão por Sanchez e Ciconelli (2012), sendo a disponibilidade, poder de pagamento, Informação e aceitabilidade. As duas primeiras dimensões são consideradas como as mais tangíveis e, as outras duas, as menos tangíveis.

6.4.2.1 Causas relacionadas à disponibilidade

A disponibilidade compreende um conjunto de fatores, tais como: localização geográfica, ou seja, a distância entre os serviços e os usuários e suas opções de transporte; horário de funcionamento, em relação à disponibilidade de cuidado no momento adequado; sistemas de marcação, incluindo sua organização e variáveis como tempo de deslocamento, tempo médio de espera para o agendamento de consultas, tempo médio de espera para o atendimento; transporte para a realização de consultas domiciliares; e o tipo e a abrangência da oferta de serviços em comparação às necessidades de saúde da população (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Com relação às causas do absenteísmo ligadas à dimensão da disponibilidade do acesso, os profissionais apontam questões relacionadas ao processo de trabalho voltado para a lógica do serviço e não do usuário, tempo de espera para a consulta e baixa qualificação dos encaminhamentos, além de questões relativas à disponibilidade dos usuários, compreendendo que pode haver imprevistos que dificultam seu deslocamento até a consulta na data e hora agendada.

Aqui eu observei o seguinte: quando eu agendo uma consulta mais pra frente, como 15 dias, 20 dias, há faltas. Agora, quando a consulta é agendada na mesma semana ou de uma semana para a outra quase não tem falta. É zero, praticamente (GU5).

Acho que as marcações são muito longas. Acho que o tempo de espera é muito grande (MU1).

Quando eles faltam ao especialista e eles retornam comigo para refazer o encaminhamento é porque houve algum problema sério em casa como já ouvi que faltou por causa de doença de neto, um acidente (MU2).

Aqui eu tenho muita falta de adultos jovens, que é por causa às vezes do trabalho, marca, não consegue vir ou chega atrasado. [...] eu acho que é o horário. Então o horário e o dia são coisas que você não escolhe, é uma

coisa que lhe é imposta (MU3).

O que eles passam pra gente é com relação à carga horária do trabalho deles. Porque o período de trabalho coincide com o horário de funcionamento da unidade (MU4).

Outras vezes por problemas particulares. Eles às vezes não podem ir porque ou tem outra consulta no mesmo período, ou acontece algum imprevisto (PR1).

A nossa lógica hoje, ela está voltada para o nosso serviço e o usuário fica sempre à mercê de uma agenda imposta a ele, e não agenda posta pra ele. [...] Está dentro do processo de trabalho, dessa questão da agenda estar voltada principalmente com a lógica do serviço e não do usuário [...] (PR3).

Às vezes é marcado num horário que ele não pode ir... ele já recebe aquilo marcado. Talvez se tivesse outra maneira do paciente ser marcado, ele poderia administrar melhor o tempo dele. Talvez essa seja uma das causas (PR5).

O fator tempo de espera é levado em consideração, revelando ser um fator gerador de absenteísmo na compreensão dos profissionais entrevistados.

Enquanto algumas pesquisas identificam que o tempo de espera para a consulta contribui para a geração do absenteísmo (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010), outros estudos que identificaram relação direta do intervalo entre a marcação e a consulta com a assiduidade, apontando que o tempo de espera para a consulta dos pacientes faltosos é menor do que o tempo dos assíduos (IZECKSON, FERREIRA, 2014).

Além disso, a indicação da lógica do sistema não sendo usuário-centrado, exige que haja maior disponibilidade do usuário em relação ao serviço do que o inverso. Essa observação é reforçada pelo que Izeckson e Ferreira (2014) relatam em seu estudo, onde foi evidenciado que os usuários precisam fazer alguma modificação de sua rotina diária para comparecer às consultas, seja no âmbito familiar, doméstico ou profissional, além de destacar a não-participação dos usuários no processo de agendamento.

6.4.2.2 Causas relacionadas ao poder de pagamento

O poder de pagamento indica o grau de financiamento público do cuidado em saúde, relacionando-se com a capacidade financeira do usuário acerca dos investimentos diretos e indiretos envolvidos na utilização dos serviços. Essa dimensão implica, portanto, na análise dos gastos diretos e/ou indiretos feitos pelos usuários para

terem suas necessidades de saúde atendidas, como honorários de profissionais de saúde, compra de medicamentos ou realização de exames, transporte ou alimentação especial, perda de renda ou produtividade devido ao tempo de espera pelo atendimento (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A existência de barreiras financeiras precisa ser considerada na análise dos fatores geradores de absenteísmo. O poder de pagamento consiste na relação entre o custo direto e indireto da utilização dos serviços envolvendo indicadores como fontes de renda e a capacidade de pagamento por parte do usuário (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

O poder de pagamento foi a dimensão que surgiu com menor frequência nos temas identificados nos relatos dos profissionais, sendo apontada pelo desembolso financeiro para as questões de deslocamento até o local das consultas e entendimento de acessar o serviço de saúde privada.

[...] às vezes ele já resolveu, às vezes já foi no particular. Porque não consegue, demora muito tempo, acha que é urgente e vai para o particular. [...] E aqui a população é muito complicada. É uma população muito carente (GU2).

A grande maioria é por condições de acesso. Eles não têm condições de pagar o ônibus para ir até o local (GU3).

Aí não espera... dá entrada, mas não espera e faz particular. Tem isso também (GU5).

[...] ou falta de dinheiro... várias pessoas aqui são pessoas carentes. Mas eu acho que a falta de dinheiro não interfere tanto, porque a área mais carente é perto da unidade (MU1).

Demora tanto que eles pagam particular e aí não vão. E falam mesmo, "ó, não fui" (MU3).

No entanto, os custos indiretos como mudanças de rotina de trabalho que podem reduzir o rendimento das pessoas economicamente ativas, além de eventual necessidade de alimentação durante o período empenhado entre a ida e a volta ao local das consultas, também precisam ser observados na análise do acesso aos serviços de saúde, pois podem interferir aumentando as desigualdades sociais no acesso (ESPOSTI et al., 2015).

6.4.2.3 Causas relacionadas à informação

A dimensão da informação é essencial para compreender as demais dimensões do acesso, pois pode preencher uma lacuna entre a oportunidade de utilização e a real necessidade de utilizar os serviços de saúde, uma vez que potencializa as pessoas para que possam realizar escolhas acerca dos cuidados de saúde. A falta de informação sobre a percepção individual de saúde e doença e sobre os critérios de escolha das opções disponíveis para a efetivação do cuidado, pode afetar o acesso (THIEDE; McINTYRE, 2008; SANCHEZ; CICONELLI, 2012) e representar significativos fatores geradores de absenteísmo.

A informação se caracteriza pelo grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde, e envolve aspectos como escolaridade, letramento em saúde ou conhecimento sobre a própria situação de saúde, além de ser considerada como uma variável que garante um empoderamento sobre decisões relacionadas à saúde (THIEDE; McINTYRE, 2008) e componente importante na eliminação das disparidades em saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Na dimensão da informação, pode-se relacionar que, dependendo da qualidade da informação prestada pelos profissionais e do grau de compreensão dessa informação por parte dos usuários, estes não serão totalmente capazes de compreender os fluxos estabelecidos, dificultando o empoderamento sobre suas decisões e sua capacidade de fazer uso do sistema da forma mais adequada para atender às suas reais necessidades.

Acho que os profissionais fazem um pouco a vontade do paciente. [...] O paciente não tem conhecimento da real necessidade. Porque alguém fez, porque o vizinho fez neh... aí ele acha que também tem que fazer. Chega aqui com um quadro que não tem nada a ver com o assunto mas ele quer fazer um Raio-x, mas não tem nada que justifique que seja feito aquilo. Ou porque o vizinho fez, ou porque alguém fez ou porque ele realmente ele quer. [...] Aí é complicado tirar isso da cabeça do paciente, fazer ele entender que ele não precisa daquilo, nessa região aqui. (GU3).

Então você explica, explica, explica, e mesmo assim acontece (GU4).

[...] existem muitas pessoas que chegam à unidade e dizem “eu quero um médico pra isso, ou pra aquilo...” então já diz para o médico aquilo que quer. Então isso atrapalha, porque às vezes o médico dá encaminhamento sem necessidade (GU5).

[...] porque muito paciente quer ir ao cardiologista por ir, então demora muito. Mas alguns precisam muito de um cardiologista, mas demora porque

tem uma fila grande de espera (MU5).

[...] e também dessas baixas qualificações dos encaminhamentos. O usuário melhor investigado, melhor apurado, evitaria um encaminhamento indevido aonde o paciente que chega com uma cefaleia é encaminhado ao neurologista sem uma maior investigação, onde tem grandes chances de acontecer a falta desse paciente no dia da consulta (PR3).

Eu sempre tenho por mim como um primeiro momento não culpar o usuário. A gente não pode culpar o usuário porque ele não sabe do fluxo (PR4).

Essas afirmativas revelam as disputas de força que ocorrem na relação entre usuários e profissionais, indicando que, dependendo da maneira como a pressão é exercida sobre o outro, pode ser gerada a frustração das expectativas de um dos lados em decorrência da disparidade do grau de informação, associada à dimensão da aceitabilidade. Isso expõe as limitações dos profissionais no sentido de construir e manter um vínculo de confiança com os usuários, considerando a existência de fatores socioeconômicos, educacionais e culturais da população adscrita como fatores potencialmente comprometedores da qualidade deste relacionamento.

Apesar da compreensão da informação acerca da utilização dos serviços, a maioria dos profissionais identifica que os motivos das faltas têm sua raiz na dificuldade de comunicação entre os serviços e os usuários. Também ficou evidente que muitos profissionais identificam problemas relacionados à dimensão da informação, mas não no sentido em que esta dimensão traz em sua compreensão, referindo-se ao grau de escolaridade, conhecimento e fontes de informação capazes de trazer empoderamento para as tomadas de decisão, mas no que diz respeito à comunicação entre o serviço e o usuário, no ato de realizar um contato de natureza simples, seja ela pessoalmente, seja por telefone ou qualquer outro meio comunicativo. Esse fator é agravado pela existência de “usuários flutuantes” nas áreas de abrangência das UBS.

Mas tem aquele paciente que deixa o encaminhamento aqui e some... às vezes quando a gente vai ligar, ou o ACS não encontra ou ele já mudou de casa. Então a gente conta com o telefone, entendeu...? A gente liga pra casa, liga uma, liga duas, liga três vezes... não conseguiu a gente não liga mais. Porque a gente não tem pernas também pra ficar ligando. A gente não acha o paciente, o paciente não vem pra buscar a consulta e aí como é que a gente faz...? Quando a gente não consegue falar com o paciente, a gente tenta três vezes, se não conseguiu a gente não tenta mais, aí ele perde a consulta (GU1).

E também acontece muito da gente não conseguir falar com a pessoa. Aqui, como a população é muito complicada, tem muito tráfico e etc, eles mudam muito de telefone. Então é muito complicado de conseguir falar. [...] tem

muita gente também que a gente não consegue falar (GU2).

Outra coisa que também é muito complicada é a questão do contato telefônico. Você liga para o paciente e nem sempre consegue. Tem 3 ou 4 ou 5 telefones mas nem sempre você consegue falar. Na grande maioria, como eu te falei, às vezes não tem crédito ou troca de telefone muito rápido. Eles trocam de telefone numa facilidade que Deus me livre! (GU3).

Muitas vezes o telefone está fora de área. E outras vezes, muitas vezes, os telefones não batem. Cai muito em caixa postal... número não existe... (GU4).

Quando eu pego meus encaminhamentos, pego sempre com dois números de telefone, e às vezes não consigo entrar em contato com os dois números. É difícil! Acontece que muita gente muda de telefone (GU5).

Às vezes o encaminhamento chega hoje e o telefone já não é o mesmo, o endereço já não é o mesmo... aí eles vêm um mês depois e falam "ah eu troquei meu telefone..." e quando vai ver, já perdeu a consulta. Na verdade não tem muito o que fazer, porque a gente só tem como entrar em contato com o paciente pelo telefone. E se ele passou o telefone errado, se tiver fora de área... A gente ainda olha no sistema aqui da unidade, que é o CPQD. Que lá também tem telefone cadastrado e às vezes mais de um e a gente liga. Às vezes a gente vê nome de parente... sempre procura nome de parente, e sempre pede pra eles colocarem um telefone de recado, de outra pessoa, pra avisar (RU).

Às vezes não consegue entrar em contato porque não consegue falar no telefone. Às vezes também dá o telefone do vizinho, que tem que avisar e falar o dia da consulta e às vezes não avisa. Ou às vezes o telefone é atendido por criança e depois ela não fala... O pessoal da marcação já reclamou disso. Elas ligam e às vezes o paciente dá o telefone errado. Às vezes o telefone nem existe mais (MU5).

Muito telefone desatualizado, porque tem muitos pacientes que dão o telefone errado. Não consigo mesmo falar com eles por telefone errado. [...] Porque Vila Velha, eu não sei se acontece em outros municípios, pega muito paciente de fora. Por exemplo: vem muita gente da Bahia, Minas Gerais, aí passa mal, vai ser atendido... e devido ao tipo de consulta que demorar mais um pouco, aí você vai ligar e já não encontra mais o paciente (PR2).

A questão da maior dificuldade que nós entendemos pra ele não alcançar isso, é a questão da comunicação telefônica (PR3).

Falta de comunicação. Comunicação da Unidade como paciente... da unidade com a secretaria de saúde. Então, essa falta de comunicação é o que leva às vezes o paciente estar com a consulta agendada e não conseguir se passar a data da consulta ao paciente. A grande parte mesmo do absenteísmo está baseado na falta de comunicação, na falta de contato, para poder avisar que está marcado em tempo hábil (PR4).

Estes relatos reforçam a potência que a dimensão da informação representa na construção do vínculo entre os profissionais e a comunidade. Sem a compreensão da necessidade de manter a equipe informada sobre sua localização, os usuários correm o risco de contribuir para os fatores que limitam sua possibilidade de

comparecer à consulta agendada e, assim, comprometer a integralidade da atenção sem a continuidade do cuidado.

6.4.2.4 Causas relacionadas à aceitabilidade

A dimensão da aceitabilidade corresponde à percepção dos serviços pelos usuários de forma individual e coletiva, perpassando pelos aspectos culturais e educacionais e envolvendo fatores como sexo, idade, crenças, condições socioeconômicas, além da confiança no sistema de saúde. A aceitabilidade apresenta um componente central, que é o respeito mútuo entre profissionais de saúde e usuários. Este componente se reflete na interação das expectativas dos profissionais como da adesão do usuário ao que lhe é proposto como tratamento, e das expectativas dos usuários com relação à organização do serviço, às condutas dos profissionais como respeito no atendimento e escuta às suas queixas, explicação da situação de saúde e discussão sobre opções de como realizar o cuidado (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Porque às vezes eles entram aqui quase batendo na gente... aí a gente tem que ter todo um cuidado, de saber falar, conversar... Às vezes sai até dando beijinho, mas na maioria das vezes eles já entram querendo conflito (GU1).

[...] e nosso fluxo de encaminhamentos é muito grande aqui [...] Eu não sei qual é a necessidade que esse povo tem. Não entendo (GU2).

É claro que às vezes os médicos ficam totalmente rendidos dentro do consultório porque eles já se sentem ameaçados quando o paciente chega querendo fazer tal procedimento. [...] Então às vezes o médico peca e às vezes a gente nem tem tanto domínio sobre isso por essa questão da violência, aí ele tenta fazer o que o paciente quer. [...] eu acho que às vezes ele falta até porque não tem tanta necessidade (GU3).

[...] o paciente chega e, dependendo da forma como você atende ele, até um “não” que você diz, ou ele te agradece ou ele voa em cima de você (GU4).

[...] algumas vezes é porque não precisava tanto. Então você percebe que foi por falta de comprometimento e outros casos por esquecimento mesmo (GU4).

Eu acredito que eles deram outro jeitinho... Porque não tem lógica se a pessoa precisa. [...] Eu já tive um paciente que chegou e disse “mas eu só quero o encaminhamento”. Tem médico que dá cinco encaminhamentos... e teria que ser trabalhado com os médicos também. Porque o médico da unidade tem que resolver muita coisa. Tem muito “ao ao” às vezes (GU5).

Porque de fato, quando eu encaminho, é uma urgência. Não é aquele

“estou com dor no fio do cabelo, e está caindo”... e eu “ah não, a senhora vai para o especialista...” [...] Eu acho que eles não tem tanta necessidade, não é tão urgente pra eles. Porque se fosse uma urgência de verdade, uma emergência, eles não faltariam. Nem aqui e nem ao especialista (MU2).

A gente encaminha... porque o paciente chega aqui às vezes... vou te dar um exemplo bem específico: cardiologia. “ah doutora, eu quero ir no cardiologista” aí eu pergunto por que? [...] Mas a demanda às vezes pode até vir de médicos particulares ou da cabeça do paciente, entendeu? (MU3).

Muitas vezes, como demora muito pra marcar especialidade, quando chama eles falam assim “ah não tenho mais essa queixa, não vou não” ou muitas vezes esquece. Acho que primeiro é o sintoma que às vezes desaparece, aí eles acham que estão bons e não precisam voltar.

As situações de violência apontadas pelos profissionais evidenciam a importância do planejamento de ações que possam aumentar a integração com os usuários, como por exemplo, o acolhimento, uma estratégia pensada para abrir as portas das unidades, acolher as necessidades e produzir cuidado sem necessariamente gerar o consumo de um procedimento ou outros tipos de serviço, facilitando a identificação das demandas daquela comunidade (CECÍLIO, 2012).

Percebe-se que em alguns momentos, a fragilidade do vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade revela esses tensionamentos e a inobservância do aspecto central desta dimensão, que é o respeito mútuo na relação. Isso interfere não somente na questão da qualidade da assistência a ser prestada, mas também na compreensão dos procedimentos a serem adotados. Nesse momento, nota-se mais uma vez a potencialidade da dimensão da informação no sentido de possibilitar a construção de informações de qualidade que atendam às expectativas dos usuários relacionados ao entendimento sobre seus cuidados e às expectativas dos profissionais relacionados à adesão de suas condutas propostas, e não impostas.

Isso é o que Thiede e McIntyre (2008) definem como o grau de ajuste entre o sistema de saúde e os usuários e comunidade, tendo papel fundamental na determinação do acesso aos serviços de saúde na medida em que os usuários definem suas escolhas, pois é o grau de informação sobre as escolhas que determina o acesso a esses serviços.

Alguns profissionais têm relatos que questionam os objetivos dos usuários ao buscarem os serviços de saúde intuitivamente pela busca da prevenção, que foi valorizada por um dos profissionais médicos entrevistados.

[...] a gente já diminuiu muito aquele monte de paciente que vinha igual

pronto socorro pra cá, só vem realmente se tiver passando mal, se não tiver não vem... e basicamente é isso (GU1).

Ele veio aqui fazer um check-up e quer fazer um exame de sangue e ponto (GU3).

É como se eles quisessem fazer um check-up (GU5).

O caminho é promoção e prevenção. Por aqui nós temos muitas escolas. Então as enfermeiras vão fazer palestras... então você nota que a informação das palestras chega nos pais, nos avós... "ah vim aqui porque minha filha escutou isso na escola..." O problema é que aqui a gente rema contra a corrente... Você precisa de determinados exames para poder prevenir, mas o SUS entende que você só pode pedir aqueles exames se o paciente apresentar algum sintoma. Então é uma situação complicada, porque como que você previne se você não pode pedir alguns exames. Ele (SUS) andou atando um pouco as mãos dos médicos que tem essa cabeça. Então muitos exames você só pode pedir se tiver queixa. Sem queixa você não pede. Aí você podia ter um gasto apenas com um exame e a intervenção seria imediata... mas assim você tem um gasto muito maior para tratar aquela patologia que desenvolveu por você não poder prevenir antes. É bem complicado (MU3).

Assim como a oferta de serviços influencia a demanda do usuário, a identificação desta demanda por parte dos gestores e profissionais não pode ser compreendida de forma isolada da identificação da oferta dos serviços que disponibilizam. Dessa forma, a demanda aparente e a oferta existente são condicionadas pelas práticas do modelo biomédico existente, onde objetiva-se a doença do sujeito e um distanciamento entre os envolvidos na relação de cuidado, dificultando o acolhimento, a escuta qualificada e a compreensão do sentido social embutido no processo de sofrimento e adoecimento (LUZ, 2012; LACERDA, VALLA, 2013).

Os profissionais entrevistados apontam, ainda, que uma das causas do absenteísmo é o esquecimento, reforçando o que é encontrado na literatura científica:

[...] esquecimento mesmo... uns esqueceram, outros porque saiu, outros porque foi pra escola e o professor não quis liberar... um passou mal, um teve que levar a mãe num sei aonde... as desculpas são sempre as mesmas, entende? (GU1).

[...] eles esquecem... é esquecimento. Eles acabam esquecendo [...]. Nas especialidades eu acho que não tem condições da pessoa esquecer. O papel da consulta agendada com especialista está na mão dele! Como que ele vai esquecer? (GU2).

[...] o que eu percebi é que quando você agenda para pacientes a longo prazo, cai no esquecimento. [...] Algumas vezes o paciente vem, marca, e no dia seguinte ele diz "ah eu esqueci que tinha uma consulta ontem..." (GU4).

Eu acho que seja mais pelo esquecimento... eles marcam e depois eles

falam “esqueci, num deu pra vir... ah, porque eu fui dormir tarde” (MU1).

[...] Idoso também tem que tomar cuidado porque eles esquecem. Eles trocam muito o dia, vem no dia errado (MU5).

[...] são mais os idosos, os velhinhos que são sozinhos e esquecem (RU).

Outras vezes eu sei que acontece que eles esquecem (PR1).

E muitos esquecem neh...? colocam dentro da bolsa ou guarda, aí esquece (PR2).

O esquecimento também foi apontado como a causa do absenteísmo em diversas pesquisas (JANDREY; DREMER, 1999; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; MELO; BRAGA; FORTE, 2011; CAVALCANTI et al., 2013; OSLEKOVICZ et al., 2014;; HAITER, 2014). Nesse sentido, deve-se refletir se a consulta agendada era realmente importante para os usuários que se esqueceram, ou se era, afinal, uma demanda gerada pelo serviço. Importante lembrar que a organização dos serviços realizada de forma burocrática e normativa, inclui os pacientes em determinados protocolos que o desconsideram enquanto indivíduo, assumindo, portanto, a identidade da queixa que apresenta. Isso prioriza a técnica das ações e deixa em segundo plano as questões subjetivas dos usuários, bem como seus aspectos sociais, econômicos e culturais (SOUZA; BOTAZZO, 2013; IZECKSON; FERREIRA, 2014).

Aqui se demonstra que a aceitabilidade é novamente influenciada pela dimensão da informação, pois esta interfere na construção da expectativa do que se espera obter com relação ao cuidado, que pode ser representada na forma da dependência de procedimentos e tecnologias das quais não necessariamente são capazes de promover o cuidado.

Alguns profissionais identificam a sensação de descrédito no serviço, uma vez que, via de regra, os relatos são de longos períodos de espera para a realização da consulta com os especialistas.

E tem pacientes que não querem mais a consulta, porque já passou muito tempo... aí você liga ou o paciente já morreu ou já passou muito tempo (GU2).

A falta também causa descrédito ao serviço. As pessoas colocam “ah porque eu deixei o encaminhamento há algum tempo e não fui marcado...” (GU3).

Os pacientes, eles têm uma visão do SUS, que é uma obrigatoriedade, mas

algumas pessoas não têm aquela noção de que tem que respeitar o SUS como o plano de saúde, mas um plano de saúde que ela realmente leve a sério (GU4).

Uns que desacreditam mesmo, porque já deixaram há dois ou três anos. Aí chega pra mim e fala “eu já deixei há tantos anos...” então eu oriento o que... a fazer outra consulta, porque hoje pode ser outro diagnóstico... aquele de dois ou três anos atrás foi um e hoje pode ser outro. Mas às vezes a pessoa está desacreditada (GU5).

Eu acho que de repente os pacientes já colocaram na cabeça “não vai sair... não vai sair...” e quando sai, eu acho que eles pensam “ah agora eu não preciso mais, eu não vou...” e eles não avisam! (RU).

Pelo que eu ouço das faltas que já aconteceram antes, não agora comigo aqui, mas o que eu já ouvi é pela demora dos especialistas que são poucos. E quando chegam a ser marcado, já não estão mais interessados, ou já conseguiram de alguma outra forma. O sistema em si é muito falho (MU2).

Olha, um pouco eu acho que é devido a ele achar que é gratuito, aí eles não dão tanto valor, entendeu? Esse é o meu primeiro pensamento, eles não dão valor. Porque só nós, como funcionários da saúde, a gente não está conseguindo mobilizar os munícipes para essa importância. Tem um descrédito! Eu acho que é isso aí... a falta de credibilidade no SUS (PR2).

Longe de fazer juízos de valor, mas acredito eu que também se a gente não pensar em trazer o usuário pra mais perto, isso possa ser banalizado como uma coisa simples, corriqueira de marcar que não tem nenhum gasto, não tem nenhum investimento (PR3).

Eu acho que tem um pouco de descrédito. Eles acham que como demorou muito, às vezes eles já não tem mais aquela necessidade. Conseguiram sanar por outras vias (PR4).

A aceitabilidade, conceituada como a dimensão menos tangível, demonstra uma potência bastante significativa na constituição de fatores geradores do absentéismo. Esta, juntamente com a dimensão da informação, consideram as subjetividades dos sujeitos, que é o que está imbricado nas relações entre os profissionais e os usuários nos territórios onde o cuidado em saúde deve acontecer.

A construção social da demanda perpassa fortemente pelos componentes subjetivos das pessoas envolvidas. O cuidado em saúde tem sido pensado e organizado a partir de modelos que priorizam a demanda traduzida pela doença, o que leva o usuário a também buscar os serviços de saúde com este viés, criando expectativas sobre a necessidade de curar ou evitar a instalação de um agravo (SOUZA; BOTAZO, 2013).

6.4.3 Conhecimento, desdobramentos e condutas dos profissionais perante o absenteísmo dos usuários

Com relação ao conhecimento do absenteísmo dos usuários por parte dos profissionais das UBS e dos profissionais da regulação, estes relatam ter conhecimento das faltas tanto nas UBS quanto nas especialidades, mas aparentemente, muitos subestimam sua existência. Alguns profissionais relacionam a aparente baixa ocorrência de absenteísmo nas UBS com a forma de agendamento, e entendem que as faltas ocorrem com mais frequência na AE. Outros afirmam que o absenteísmo ocorre de forma inversa, ou que ocorre em grandes proporções na AB e na AE ainda sem relacionar com alguma possível causa.

[...] a gente não tem muito, podemos calcular assim, uns 5% porque como a gente marca semanal, num dá nem tempo deles esquecerem. Mas não é um número absurdo de faltas. A gente não tem esse absenteísmo tão acentuado. Falta até pouco (GU1).

Sim, porque eu tenho acesso ao BUP da médica. [...] já chegou a faltar oito pacientes por dia (GU2).

[...] no caso das consultas da unidade, a gente tem consciência, mas não é algo assim que fuja ao controle neh. Uma ou duas... Tem o absenteísmo, mas nada que justifique a gente começar a se preocupar com isso não. No caso das consultas de especialidades, aí a gente fica um pouco mais preocupado, porque realmente tem um grande número de absenteísmo. A gente até já parou pra se perguntar por que acontece isso? (GU3).

Sim. Mesmo porque os meus próprios médicos me notificam. Eles falam “está faltando muito paciente”. Percebemos muito a falta das especialidades também. (GU4).

Eu quase não tenho falta. [...] eu tenho assim, pontuais, tem pessoas que faltam sempre, mas quase não tem falta (GU5).

Sim, bastante. Tanto na especialidade quanto na unidade em geral (RU).

Muitas. Por exemplo, a minha agenda é de 32 a 39 pacientes. Hoje por exemplo já faltaram oito. Por dia faltam de cinco a seis. [...] agora o porquê, eu não vou saber. Agora, para o especialista, eles faltam pouco. Faltam comigo aqui. Agora ao especialista não (MU2).

O que eu vejo em geral, são poucas as faltas [...] Mas a falta é maior no especialista do que com a gente (MU3).

[...] é muito pouco, mas não sei quantificar não. Mas é muito pouco (MU4).

Olha, eu não sei. Estatística a gente não sabe, a gente sabe que acontece (PR1).

[...] aí já não é a minha parte, outro funcionário faz a pesquisa e procura saber no Sistema quanto de falta que teve no mês. Aí ele tem essa informação (PR2).

[...] por especialidade, 30% em média de absenteísmo (PR4).

Considerando que a análise do absenteísmo na AB e do município estudado revelou incidência de 11,81% em 2015 e na AE houve 34,9 no mesmo ano, esses relatos mostram que, mesmo o absenteísmo sendo perceptível em sua prática de trabalho, o tema não é alvo de discussão e aprofundamento para que a identificação das causas desse fenômeno seja analisada pelas equipes das UBS, para uma posterior elaboração de estratégias que possam ter um impacto positivo na redução dessas faltas.

Vale lembrar que as reuniões de equipe estão incluídas entre as atribuições comuns a todos os profissionais da AB, e que devem ser realizadas utilizando os dados disponíveis a fim de discutir o planejamento e a avaliação da equipe de forma compartilhada (BRASIL, 2012a).

Houve o relato de que alguns usuários procuram obter o acesso em diferentes UBS, na tentativa de ter sucesso no agendamento de forma mais rápida. Assim, haveria a duplicação da marcação de consultas para a mesma pessoa por diferentes UBS solicitantes, o que geraria o registro de absenteísmo daquelas agendadas em duplicidade.

Outra coisa que eu tenho observado é que tem pessoas que deixam o pedido de encaminhamento em várias unidades de saúde. Porque diminui minha quantidade de médicos, e eu me perguntei: como que diminui a quantidade de médicos e aumentou a quantidade de encaminhamento? Tem alguma coisa errada... Aí eu comecei a observar que as pessoas pegam o endereço de alguém aqui da região e colocam. Então eles deixam o encaminhamento em várias unidades de saúde e o que sair primeiro saiu... Então dá uma superlotação. Eles fazem isso! Então aqui a gente não pega xerox do encaminhamento. Porque justamente se eu pegar xerox, eu estou dizendo que ele já deixou isso em várias unidades. Porque eles fazem isso, pegam vários encaminhamentos e deixam em várias unidades com um comprovante que não bate em nada com ele. Então eu confirmo pelo sistema, se esse paciente é da nossa região, eu pego (GU5).

De acordo com este relato, evidencia-se que, em alguns casos, os usuários buscam o acesso à AE por vias diferentes, e que existe uma estratégia vigilante da equipe para que este tipo de prática não aconteça. Este comportamento pode indicar o

caráter de urgência identificado pelo paciente, uma vez que, em tese, todas as UBS deveriam disponibilizar os agendamentos da mesma forma. Porém, esta movimentação do usuário no território em busca de cuidado coloca em evidência a tensão entre os processos de subjugação e as práticas de resistência dos usuários (MERHY, 2002).

Nesse contexto, o usuário, em seu agir “leigo”, é entendido como um “usuário-fabricado”, sendo visto como um alvo para a aplicação de normalizações de educação e disciplina, devendo adequar-se à racionalidade do sistema da máquina de saúde (CECÍLIO, 2012). De acordo com este autor, esta racionalidade do sistema de saúde manifesta-se em dois componentes:

[...] primeiro, os serviços de saúde têm missões claras e bem estabelecidas, de modo que há “problemas para a rede básica”, “problemas para média e alta complexidade” e “problemas para os serviços de urgência”. Nessa idealidade, a confusão feita pela população entre os “lugares adequados” para o atendimento seria fruto da ignorância, desinformação e/ou má-fé, e, portanto, deverá ser enfrentada com mais “educação”, “informação” e, claro, controle. O segundo componente dessa visão racionalista é que os vários serviços, com suas missões e graus de complexidade bem definidos, seriam conectados por fluxos normalizados/formalizados, de modo que o trânsito das pessoas entre os serviços deveria obedecer à lógica de “circuitos racionais de utilização dos serviços” estabelecidos pelos gestores. O que corre por fora de tais circuitos seria errado, uma disfunção a ser corrigida (CECÍLIO, 2012, p.284).

Ao questionar os profissionais sobre os desdobramentos das faltas, houve relatos de que os usuários que não compareceram às consultas tentam utilizar o mesmo encaminhamento para gerar um novo agendamento, o que é interpretado de forma diferente entre os profissionais das UBS.

Mas é porque nas outras unidades, o paciente falta e eles arquivam, e eu levava e remarca. Aí, preocupada com esse paciente, o que eu fazia? Eu levava pra regulação pra remarcar. Só que como eu me preocupava em marcar de novo, aí agora eu falei “então só vou trazer pra remarcar aquele usuário que me procurar, me justificar e falar: “olha, eu preciso faltar” aí eu vou trazer. Vou parar de ficar replicando marcação (GU1).

Se ele faltou especialidade, dificilmente eles voltam com o mesmo encaminhamento para tentar remarcar com o mesmo papel. Ele vai ter que passar por tudo novamente, todo o processo (GU2).

Os que faltam às consultas com especialistas, se eles não vão, eles retornam aqui pra gente. E o que a gente diz pra ele: eu posso até pegar pra marcar, mas eu não vou ter como te dar nenhuma base de quanto tempo que vai demorar, porque agora existe uma fila, então como já foi marcado, a gente vai ter que colocar pra depois. Então a gente tenta orientar dessa forma para que ele tenha mais comprometimento nas

próximas (GU4).

A gente tem que avaliar. Se ele faltou à consulta com especialista, quando ele passou pela regulação ele foi classificado, eles fazem o risco e marcam vermelho, verde ou azul. [...] Então às vezes o paciente traz o mesmo encaminhamento, ele só tira a parte de cima que contém a confirmação da consulta, e com aquele encaminhamento riscado e já autorizado pelo médico regulador. Aí eu sei que ele não foi, então ele perdeu. Então nós não podemos pegar novamente (GU5).

Como a gente ainda está com o encaminhamento em mãos, dá pra botar pra remarcar, mas demora ainda neh... porque a prioridade é pra quem ainda não foi marcado. Tem uma prioridadezinha pra remarcação. Mas as gente sempre justifica também. Agora quando é paciente de muito tempo, eu já recebi paciente do ano passado e que perdeu... aí tem que fazer o processo todo de novo. Tem passar pelo clínico, pegar outra guia, e juntar os documentos. Mas só se for de duas semanas, um mês atrás no máximo. Fora isso ele tem que pegar outro encaminhamento. A gente orienta, pega outro encaminhamento, porque assim num dá não (RU).

Às vezes a pessoa já está com aquele papel, já com o papel anexado da consulta e tudo... e volta pra ser remarcado ou vem muitas vezes com o bilhetezinho “favor remarcar” ou “o paciente faltou” ou “esqueceu...” (PR1).

Percebe-se que não há uma padronização entre as equipes de saúde com relação às condutas que devem ser adotadas para os usuários que faltaram às consultas, com ou sem justificativa ao serviço. Algumas utilizam o critério do tempo entre a consulta perdida e a busca pelo reagendamento, enquanto outras são irredutíveis em fazer nova marcação desta consulta utilizando a mesma guia de referência. Porém, de alguma forma, a equipe parece compreender o absenteísmo ou a não utilização dos serviços agendados como uma disfunção a ser corrigida, sujeitando o usuário a uma normatividade.

Além disso, segundo Cecílio (2012), a equipe define urgências e não-urgências a partir dos saberes que opera, devedores, antes de mais nada, dos ditames da medicina tecnológica, em particular do conceito de risco, e “o usuário é visto como ‘imediatista’ pela equipe e pelos gestores, pois parece querer ter acesso garantido com a urgência que suas necessidades vividas lhe ditam, fazendo tudo para contornar as barreiras ou bloqueios de acesso” (CECÍLIO, 2012, p.285). De acordo com este autor, quando se trata do acesso e consumo de serviços de saúde, deve-se reconhecer o problema que envolve a disjunção entre o tempo do usuário, o tempo do gestor e o tempo da equipe de saúde.

[...] • os gestores buscam a racionalização do uso dos tempos de acesso e consumo dos serviços, através da permanente e tensa busca de adequação entre demanda (aparentemente ilimitada) e oferta (sempre limitada). É o

tempo das possibilidades;

- os profissionais de saúde buscam viabilizar o tempo adequado para a disponibilização das tecnologias e/ou recursos que avaliam como imprescindíveis para o bom cuidado, sob o comando principalmente dos saberes e éticas profissionais. É o tempo do cuidado;
- o usuário busca rapidez no tempo de acesso ao cuidado, avaliada sempre a partir de sua perspectiva individual, marcada pela experiência da doença. É o tempo das necessidades (CECÍLIO, 2012, p.285).

Por outro lado, perante a racionalidade de um sistema que apresenta lacunas para que sua rede de serviços funcione plenamente, os usuários que faltaram às consultas se deparam com uma situação que os incentiva a fazer uso da criatividade onde estes, literalmente, criam seus próprios caminhos para obter uma nova oportunidade de acessar o cuidado que, por ora, não conseguiram. Nesse sentido, os usuários procuram usar esse território em defesa de si mesmo (MERHY, 2002).

Em um cenário complexo onde os sujeitos exprimem seus desejos e intencionalidades, as necessidades e os poderes são tensionados de forma permanente, entrelaçando-se nas relações geradas a partir do encontro. Na proposta de construção social da demanda, partindo de um olhar voltado para as noções de liberdade e necessidade, é o exercício da cidadania e a afirmação dos direitos que produzem o cidadão, este sujeito social da saúde portador da crítica ao que lhe é instituído (PINHEIRO et al., 2013).

Assim, novamente, o usuário torna-se alvo das normatizações de educação e disciplina (CECÍLIO, 2012), sendo demonstrado que há um entendimento de que o usuário faltoso não tem a oportunidade de tentar continuar o caminho na busca pelo cuidado de onde ele parou, sendo novamente interpretado como transgressor das regras, mesmo que estas não estejam claras. Nesse sentido, o absenteísmo pode estar sendo entendido como fruto da ignorância, desinformação e/ou má-fé, e, portanto, o usuário “culpado pela falta” deverá ser enfrentado com mais “educação”, “informação” e, claro, controle.

Ainda sobre os desdobramentos das faltas, os profissionais relatam a existência de ações punitivas, práticas estas ora institucionalizadas, ora informais.

Ele faltou e a gente só vai marcar de novo se ele vier pra fila... ele não é recepcionado no sistema e gera falta. Aí se ele precisar, ele vai vir de novo pra poder agendar... a gente lá na hora a não vai puxar pra ver se ele faltou

anteriormente ou não porque não dá nem tempo. Mas se faltar por três vezes o sistema mesmo bloqueia, e a gente não consegue marcar de novo. Então como o sistema nunca bloqueou ninguém a gente nunca entendeu que faltou três vezes seguidas, entendeu? O próprio sistema bloqueia... três faltas consecutivas, sem justificativa, ele bloqueia. Como nunca bloqueou comigo então eu entendo que nunca ninguém faltou 3 vezes seguidas... faltou uma, e depois veio na outra, ou não marcou mais e quando veio marcou e veio... (GU1).

Acho que dependendo do paciente, da quantidade de ausências que ele teve, acho que tem que ser gerado alguma coisa, tem que ter uma punição pra ele. A gente tenta até dificultar um pouco mais por aquela questão... O que a gente tenta fazer: "o senhor vai ter que retornar, vai ter que fazer o caminho novamente, vai ter que fazer todo o caminho novamente. Vai ter que passar pelo clínico, pegar novamente o encaminhamento para que a gente faça a marcação num outro encaminhamento neh... exatamente para que ele sinta um pouco mais de dificuldade. Vai ter que voltar no início, a gente tenta vincular por aí... "se o senhor não for, não pode deixar esse encaminhamento mais. Vai ter que voltar lá no clínico e pegar novo encaminhamento" aí ele sente um pouco mais de dificuldade (GU3).

A gente não tem muito método de punição não... o que a gente avisa: quando ele retorna pra fazer a marcação a gente orienta pra ele "o senhor, senhora., estava agendado nesse dia. E porque o senhor não veio?" "ah não deu..." "mas o senhor não pode fazer isso. Quando não der pra vir é importante que o senhor. comunique, porque é uma vaga que a gente está perdendo". Porque tudo pra eles gera um processo (judicial). "ah se não fizer isso ou se não fizer aquilo..." Mas e pra eles? O que gera processo pra eles quando eles fazem isso? Quando eles deixam de vir? Quando eles faltam à consulta? Quando eles não vem? Quando eles não comunicam? Então assim, eles exigem muito que nós tenhamos seriedade com eles. Mas qual é a seriedade deles com a gente? Eu acho que apesar de ter direitos e deveres, mas acho que tinha que ter um agravante pra que eles entendam (GU4).

Se ele faltou hoje, eu não vou marcar no outro dia pra ele não... porque criou um vício neh... porque ele tirou a vaga de outro. [...] Ele já foi classificado e faltou. Aí a gente orienta que ele perdeu aquela consulta, que ele não tem direito, que ele vai ter que voltar novamente ao clínico para ver se ainda há necessidade de consulta com especialista. A gente explica que é porque ele perdeu e tirou a vaga de outro. Que outro poderia estar precisando. Então a gente mostra que o erro é dele. Que ele não foi e quer burlar o sistema na verdade. Porque ele chega com aquilo riscado. Então foi entregue pra eles, eles arrancam a parte de cima, que é do SISREG, e vem com aquele pedido. E quando a gente vê está riscado... com aquele vermelhão... aquele amarelão... já classificado... então eles fazem isso e ficam querendo burlar o sistema, e isso a gente tem que estar atento (GU5).

E tinha que cobrar essas consultas de quem faltou. Tinha que cobrar. Faltou, cobra! Aí vai pesar no bolso. Porque tem gente que marcou uma, marcou outra, marcou outra, e não vai! porque foi fácil. Tinha que cobrar, porque aquele outro que está na fila esperando e não tem condições de chegar. Porque o médico está recebendo por isso e está parado esperando o paciente e o paciente não vai. Então eu penso que tem que ter alguma coisa nesse nível (GU5).

Ele não tem nenhuma punição nem é adiado por conta dessa falta não.... é chamada atenção e ponto (MU3).

Olha só... com relação ao Sistema, dependendo da consulta fica bloqueado

30 dias, tem alguns exames que é um ano que fica bloqueado (PR2).

Pelo Estado, através dos SISREG, há uma norma lá do Estado, ele é bloqueado. Se não tiver uma justificativa cabível em relação àquele procedimento, por exemplo: o paciente foi agendado, mas faltou porque estava internado ou porque teve uma intercorrência nesse meio. Se ele fizer a sua justificativa, se for feita essa observação dentro do sistema, obviamente que ele é liberado. Mas no automático, lá no estado, ele é bloqueado por 30 dias automaticamente. A grande preocupação que nós temos, é que o sistema é frio. Então quando ele bloqueia usuários, bloqueia de regra geral, não é parcial. Então a gente precisa de fato pensar melhor nesse sistema pra que ele não penaliza e que a gente não deixe uma desassistência acontecer (PR3).

Percebe-se que os profissionais apresentam um entendimento de que existe culpa pelo não comparecimento à consulta especializada e que ela é exclusiva dos usuários, e que qualquer tentativa de acessar novamente o serviço perdido é entendida como uma forma de burlar o sistema. Com poucas exceções, os profissionais retiram a carga de culpa do usuário, compreendendo suas condições e sua falta de conhecimento a respeito dos fluxos instituídos.

Assim, o fato de buscar mecanismos de controle, burocratização, normatização e disciplina reforça a incompreensão do sistema com relação a seus utilizadores, podendo gerar uma ruptura da confiança necessária para que as expectativas de ambos, profissionais e usuários, sejam alcançadas.

A interação entre profissionais de saúde e usuários que ocorre nos serviços constitui-se como um ambiente onde são geradas as mais variadas relações de afeto. Assim, Faria e Dalbello-Araújo (2010) sinalizam que existem dificuldades na relação dos profissionais com os usuários e compreendem, da mesma forma que Merhy (2002), que o processo de trabalho em saúde que é capaz de gerar o cuidado depende inteiramente da relação entre os sujeitos, e que é a partir destes encontros que surgem as possibilidades de se construir uma interação que possa ter impactos positivos nos problemas de saúde, gerando vínculo, envolvimento e co-participação entre os envolvidos.

Desde o contato inicial com o serviço de saúde, já na recepção, começam a emergir os tensionamentos e as intencionalidades de ambas as partes. De um lado, o usuário que demanda um cuidado, motivado seja por sua necessidade, seja por seu desejo. Do outro, uma cadeia de pessoas que, de acordo com sua disponibilidade e/ou capacidade de atender a esta demanda, atuam das mais variadas formas,

podendo gerar assim um sentimento de satisfação ou de frustração com relação ao que era esperado neste encontro.

Nesse contexto, é fundamental reconhecer a existência de um regime de regulação, que, segundo Cecílio (2012), é feito principalmente pelos trabalhadores de saúde por meio dos contatos pessoais e relações de confiança. Isso resulta em fluxos e regras da regulação formal em que os usuários podem respeitar em maior ou menor intensidade, conforme as circunstâncias vividas.

Numa relação entre o modo de produção do cuidado e a construção de significados por parte dos envolvidos neste processo, acontece naturalmente uma espécie de disputa de forças entre os usuários que buscam estes serviços e os profissionais que os ofertam. Este ruído no sistema pode servir de análise acerca da assistência que se presta (FRANCO; MERHY, 2005), e do modo que a rede básica está sendo operada, “muito distante de tudo o que tem sido proposto, pensado, investido, para que ela pudesse se transformar na imensa e generosa porta de entrada para o SUS” (CECÍLIO, 2012, p. 283).

6.5 O ABSENTEÍSMO NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

Com os dados obtidos nas entrevistas com os usuários foi possível identificar os temas que emergiram com respeito ao fenômeno do absenteísmo. Em seguida serão apresentadas as perspectivas dos usuários com relação à vivência de suas circunstâncias que o levaram a não comparecer à consulta na data agendada.

6.5.1 Perfil dos usuários entrevistados

Foram realizadas 96 tentativas de contato telefônico com os usuários que possuíam números cadastrados nos relatórios de absenteísmo gerados pelo SISREG. Entre as tentativas de contato houve registro de 36 números de telefone inexistentes (37%), 20 não atenderam às tentativas de contato (20,5%), sete pessoas se recusaram em participar (7,3%), quatro ligações foram atendidas por pessoas que diziam não conhecer o contato a ser entrevistado/engano (4,1%), e três ligações foram

atendidas por familiares que não souberam dar informações sobre a pessoa pela qual se buscava o contato (3,1%), restando, portanto, 26 entrevistas (28% das tentativas), conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: tentativas de contato telefônico com os usuários

TENTATIVAS DE CONTATO	
Entrevistas concluídas	26
Telefone inexistente	36
Não atendeu	20
Recusa	7
Engano	4
Familiar atendeu e não soube dar informações	3
Total	96

Os usuários cuja causa do absenteísmo fora investigada possuíam entre um e 81 anos de idade, distribuídos entre as cinco regiões administrativas, sendo seis da Região I (23%), seis da Região II (23%), quatro da Região III (15,5%), três da Região IV (11,5%) e sete da Região V (27%).

Dois entrevistados não possuíam escolaridade (8%), oito tinham o Ensino Fundamental Incompleto (30%), seis tinham o Ensino Fundamental Completo (23%), dois com o Ensino Médio Incompleto (8%), seis com o Ensino Médio Completo (23%), um com Ensino Superior Completo (4%) e um não informou a escolaridade (4%) (Quadro 2).

Sobre o principal meio de locomoção, vinte entrevistados utilizavam o sistema de transporte coletivo (76%), dois utilizavam carro próprio (8%), dois utilizavam carona (8%), um utilizava bicicleta (4%) e um não informou (4%) (Quadro 2).

Sobre possuírem ocupação, oito entrevistados desenvolviam alguma ocupação como fonte de renda (30%), sete eram aposentados ou pensionistas (27%), seis informaram estar desempregados (23%) e cinco não informaram (20%). Além disso, vinte e quatro entrevistados informaram que não possuíam plano de saúde (92%), e dois informaram que possuíam plano de saúde (8%) (Quadro 2).

Este resultado reforça o panorama atual em que, devido às circunstâncias de uma instabilidade econômica generalizada no Brasil, há a tendência de aumento gradual de pessoas que utilizam os serviços assistenciais do SUS em virtude do

encolhimento de possibilidade de manutenção de planos de saúde, gerada principalmente pelo desemprego.

No cenário capixaba, em Janeiro de 2015 havia 1.162.074 pessoas com plano de saúde. Já em Março de 2016, foi registrado que 1.113.523 de pessoas possuíam plano de saúde (29,37% da população), representando uma queda de 4,2% na cobertura (BRASIL, 2016).

Em Vila Velha, há o registro de que em Março de 2016, 50,17% da população possuía plano de saúde (BRASIL, 2016). Assim, considerando que 92% dos usuários entrevistados nesta pesquisa não possuía plano de saúde, é necessário ressaltar a importância da garantia do acesso aos serviços de saúde por meio da organização do serviço feita de forma centrada no usuário, uma vez que o município estudado apresenta uma carência de portas de entrada.

Quadro 2: Perfil dos usuários entrevistados

Usuário	Idade	US de referência	Região	Escolaridade	Principal meio de locomoção	Ocupação /Renda	Deficiência*	Plano de Saúde
1	32	Terra Vermelha	V	EFC	Ônibus	N	Não	Não
2	35	Glória	I	ESC	Ônibus	S	Não	Não
3	67	Coqueiral	I	EFI	Ônibus	S	Não	Não
4	49	Araçás	II	EFI	Carro Próprio	NI	Não	Sim
5	54	Glória	I	EMI	Ônibus	S	Não	Não
6	53	Coqueiral	I	EFI	Ônibus	NI	Não	Não
7	56	Jardim Marilândia	IV	EMC	Ônibus	S	Não	Não
8	68	Ibes	II	EMC	Ônibus	NI	Não	Não
9	63	Terra Vermelha	V	S/E	Ônibus	A/P	Não	Não
10	53	Ibes	II	EMC	Carona	NI	Não	Sim
11**	71	Araçás	II	EFI	Ônibus	A/P	Sim	Não
12	81	Araçás	II	EMC	Ônibus	A/P	Não	Não
13	53	São Torquato	IV	NI	NI	NI	Não	Não
14	64	Vila Garrido	III	EFC	Ônibus	N	Não	Não
15	37	Jardim Colorado	II	EFC	Ônibus	S	Não	Não
16	73	Coqueiral	I	EFC	Ônibus	A/P	Não	Não
17	28	Vale Encantado	IV	EFC	Ônibus	N	Não	Não
18	32	Ponta da Fruta	V	EMI	Carona/ônibus	S	Não	Não
19**	65	Ponta da Fruta	V	EFI	Ônibus	S	Sim	Não
20**	72	Barra do Jucu	V	EFI	Ônibus	A/P	Sim	Não
21**	1	Barra do Jucu	V	EMC***	Ônibus	S	Não	Não
22	49	Santa Rita	III	EFI	Bicicleta	N	Não	Não
23**	50	Paul	III	EFC	Ônibus	A/P	Sim	Não
24**	65	Glória	I	S/E	Ônibus	A/P	Não	Não
25	56	Ponta da Fruta	V	EMC	Carro Próprio	N	Não	Não
26	43	Paul	III	EFI	Ônibus	N	Não	Não

* Auto relato se possui algum tipo de deficiência ou dificuldade de locomoção

** entrevista realizada por pessoa que se declarou responsável pelo usuário

*** Considerada a escolaridade do responsável pela criança que participou da entrevista

S/E = Sem estudo; **EFI** = Ensino Fundamental Incompleto; **EFC** = Ensino Fundamental Completo; **EMI** = Ensino Médio Incompleto; **EMC** = Ensino Médio Completo; **ESC** = Ensino Superior Completo; **S** = Sim; **N** = Não; **A/P** = Aposentado/Pensionista; **NI** = Não informou

6.5.2 Os motivos das faltas na vivência dos usuários

Ao serem questionados a respeito do motivo pelo qual não compareceram às consultas agendadas, os usuários responderam de forma bastante variada, onde oito relataram problemas na comunicação (30% dos entrevistados), sendo que cinco afirmaram que não foram comunicadas e outros 3 usuários afirmaram que não havia possibilidade de terem sido comunicados por estarem em locais afastados.

Outros três usuários afirmaram que compareceram às consultas, sendo que um deles relatou ter ido até o local e somente lá foi avisado que o médico estava de férias, e teve sua consulta agendada novamente para outro dia. Apenas dois usuários afirmaram ter se esquecido da consulta.

O restante dos motivos relatados foi colocado de forma diferente entre os demais entrevistados, variando entre motivos de saúde que impediram o comparecimento, ter outra consulta ou outro compromisso na mesma data, ter realizado consulta na rede privada ou também na rede pública, não possuir dinheiro para a passagem, não ter levado a documentação completa na hora da consulta, ter a consulta duplicada e comparecido em uma delas, e esquecimento, conforme exposto no Quadro 3.

Quadro 3: resumo dos relatos dos motivos das faltas e o tempo entre a data da solicitação no SISREG e a data agendada

Usuário	Data da solicitação	Data agendada	Tempo em dias	Motivo
1	25/11/2015	02/12/2015	7	passando mal
2	18/12/2015	29/12/2015	11	Consulta foi desmarcada
3	18/12/2015	28/12/2015	10	Foi à consulta, mas o médico estava de férias
4	17/11/2015	01/12/2015	14	Realizou consulta no sistema privado
5	26/11/2015	03/12/2015	7	Esqueceu
6	07/12/2015	21/12/2015	14	Não pôde ser comunicada
7	04/12/2015	15/12/2015	11	Não foi comunicada
8	16/12/2015	30/12/2015	14	Consultou em outro serviço vinculado ao SUS
9	18/11/2015	08/12/2015	20	Não pôde ser comunicada
10	09/11/2015	17/11/2015	8	Sem dinheiro para passagem
11	18/11/2015	08/12/2015	20	Afirmou ter outra consulta no mesmo horário
12	26/11/2015	09/12/2015	13	Passando mal
13	20/10/2015	29/10/2015	9	Não foi comunicada
14	16/11/2015	03/12/2015	17	Afirmou ter comparecido à consulta
15	28/10/2015	12/11/2015	15	Teve audiência na mesma data
16	07/05/2015	20/08/2015	103	Afirmou ter sido agendada para outra especialidade
17	27/11/2015	04/12/2015	7	Não foi comunicada
18	03/12/2015	16/02/2015	13	Afirmou ter sido agendada para outra especialidade
19	03/12/2015	16/12/2015	13	Não levou a documentação completa
20	01/12/2015	21/12/2015	20	Afirmou ter comparecido à consulta
21	26/01/2015	10/06/2015	148	Não foi comunicada
22	12/11/2015	02/12/2015	20	Não pôde ser comunicada
23	16/12/2015	23/12/2015	7	Esqueceu
24	17/12/2015	28/12/2015	11	Consulta duplicada
25	14/12/2015	18/12/2015	4	Consulta duplicada
26	09/12/2015	21/12/2015	12	Não foi comunicada

Apesar da pergunta principal da entrevista com os usuários ser sobre o motivo pelo qual o mesmo não compareceu à consulta, foram abordados outros pontos para que os entrevistados pudessem se manifestar, como o tempo e o meio de deslocamento até o local das consultas, o processo de marcação na UBS para gerar o encaminhamento para o especialista, se seus dados eram atualizados nas UBS, relatos sobre o tempo de espera, o que houve com eles após terem faltado à consulta agendada, e tempo livre para opinar sobre o assunto em questão.

Assim, considerando as relações já apresentadas entre as dimensões do acesso aos serviços de saúde e o absenteísmo dos usuários, foram identificados os temas

referentes aos fatores geradores de absenteísmo, conforme apresentado a seguir.

6.5.2.1 Causas relacionadas à disponibilidade

Durante as entrevistas, surgiram relatos de que a distância até o local onde são agendadas as consultas com especialistas torna-se um fator que dificulta o acesso. Nesse sentido, alguns usuários pontuam estas dificuldades, incluindo relatos sobre o tempo empregado no deslocamento e de insegurança neste trajeto, além da dependência do sistema de transporte público para chegar até o local da consulta agendada

Aqui em Vila Velha a gente tem o CEMAS que foi feito pra Vila Velha. [...] Porque era pra ser assim neh, pegar o pessoal daqui e jogar pro CEMAS que foi feito pra gente de Vila Velha e pega a gente daqui e joga pra lá (U1).

[...] aí o pessoal do CEMAS manda a gente tudo lá pro CRE Metropolitano que é lá em Cariacica, e fica tão longe do lugar onde eu moro, tão longe! Que você tem que fazer uma volta danada pra chegar lá, fora o risco de morrer atropelada na frente da estação. [...] Aí eu já tava passando mal, eu não tinha mesmo como ir, entendeu? Se fosse aqui em Vila velha mesmo talvez eu dava até um jeito, mas como é lá em outra cidade, longe, só onde eu moro no bairro Terra Vermelha é um contorno danado pra ir lá, entendeu? [...] Essa dificuldade é muito grande. [...] Semana passada eu tive lá no ortopedista. Uma dificuldade muito grande de chegar lá entendeu? É muito ruim pra quem mora em Vila Velha, mas eu fui. Só faltou mesmo se não tiver como! [...]eu tenho que pegar três ônibus! Pego um pro terminal de Itaparica, de Itaparica pega terminal São Torquato e de São Torquato pega pra lá... pega o campo grande que passa por lá. É muita volta! (U1).

[...] podia marcar pra lá no CEMAS neh...? de Vila Velha. [...] A pé num tem condição neh (risos), eu vou de ônibus mesmo neh... pego o laranjeiras aqui na Lindemberg aqui em vila Velha, aí de lá desço, pego outro e desço lá no Dório Silva. [...] daqui de casa até lá pegando o ônibus na Lindemberg ali, acho que gasta uma hora... uma hora mais ou menos... [...] eu acho um pouquinho longe pra quem mora aqui em Vila Velha neh... ficou longe pra mim assim, ver os exames, os exames de risco cirúrgico, lá num tem. [...] mas os outros exames eu marquei lá, vai ficar longe pra mim ir, mas eu vou assim mesmo... tem que aproveitar a oportunidade neh (U7).

Esse CRE lá de Cariacica é muito ruim pra ir lá. É longe... não é que seja longe, mas a posição é horrível, entendeu? [...] No Dório Silva eu gasto mais ou menos uma hora (U8).

Nós vamos de ônibus! De ônibus, meu querido! Como ela não paga passagem, eu vou junto neh... eu pago passagem ela senta na frente, desce pela frente. [...] Você pensa a gente sair daqui de casa quase 5 horas, fomos pra laranjeiras, de laranjeiras e pegar pra lá de Carapina ainda, pra lá de laranjeiras o Jaime dos Santos Neves. Que é longe abessa! Pra uma

consulta de vista! Uma consulta que poderia ser no Evangélico aqui... mandaram a gente pra lá lá no Jaime dos Santos Neves nós saímos daqui 5 horas da manhã e chegamos lá 7 horas... foi quase três horas de locomoção. Minha mãe tem 71 anos. O Evangélico é o lugar mais perto que a gente acha pra ir. O Restante é tudo Vitória, tudo Serra, tudo mais longe neh... Aí como ela já tá de idade, problema de osteoporose, asma... então tem essas dificuldades. Se fosse marcado dentro de Vila Velha, seria a melhor coisa (U11).

[...] no CRE Metropolitano eu levo na faixa de 2 horas, porque eu tenho que pegar 3 ônibus. Porque é terminal do Ibes, depois terminal São Torquato e ir pra Jardim América (U15).

[...] demora, acho que umas 2 horas. De ônibus umas 2 horas (U18).

Olha, num tem um tempo estimado assim porque tem que fazer baldeação de ônibus neh... então dá aí uma hora e quarenta mais ou menos. Porque tem que parar no terminal e ficar esperando toda vida. [...] o local até que é bom, pena que é bastante longe do ponto de ônibus. Então complica um pouco. Porque quando a gente tá bem de saúde, beleza. Mas por exemplo, pra minha mãe, já idosa, cheia de dor, descer lá naquele final de ponto de ônibus lá até chegar. Nossa, é longe, é complicado (U20).

Dependendo do horário do ônibus neh... se for horário de pico demora mais porque tem trânsito. Porque eu moro em Paul, o CRE metropolitano é em Jardim América, e eu tenho que pegar dois ônibus. Dependendo do horário, se for pela manhã ou fora do horário de pico aí demora menos porque tem menos trânsito (U23).

Conforme apontado na sessão de discussão do Artigo 2 apresentado anteriormente, é importante ressaltar que somente quatro serviços de consultas especializadas pela SESA estão localizados em Vila Velha, metade dos prestadores encontram-se concentrados no município de Vitória, um no município da Serra, um em Cariacica e um em Guarapari.

Assim, considerando que 76% dos usuários entrevistados utilizam o transporte coletivo como principal meio de locomoção, deve-se destacar a relevância dessa observação como um importante fator gerador de absenteísmo.

Com relação ao tempo de espera do agendamento da consulta com o especialista, surgiram relatos de que é frequente que este tempo seja muito longo na concepção dos usuários,

Acho que foi uns 2 meses [...] eu acho um tempo muito longo. Pra quem tá precisando, pra quem tem necessidade é um tempo muito longo (U2).

Quase um ano! Foi nove meses e três dias (U5).

Nós esperamos um ano! Um ano pra retorno, imagina! (U11).

ah, levou bastante tempo... mais ou menos uns 4 meses (U14).

[...] Já deve tá fazendo quase uns 8 meses. Não recebi até hoje. Procurei lá no CEMAS e lá também não tinha nada (U16).

[...] As marcação de consulta tem sido muito demorado. Quando tem uma especialidade, reumatologista, ortopedista, é muito demorado (U19).

[...] foi quase um ano, mais ou menos por aí. [...] pra eles marcarem o ortopedista (U20).

[...] num demorou muito não tah... acho que um mês e meio ou um pouco menos... eu achei até incrível que num demorou muito neh. Porque tem três anos que eu entreguei um encaminhamento de oftalmologista pra mim, e ainda não me chamaram (U23).

Com esses relatos, é possível perceber a diferença da perspectiva dos fatores geradores de absenteísmo relacionados à dimensão da disponibilidade apontados pelos usuários e pelos profissionais.

Os profissionais não identificaram o fator relacionado ao deslocamento como um aspecto relevante a ser considerado como barreira de acesso e consequente gerador de absenteísmo, limitando-se a observar o tempo médio de espera e o horário do agendamento como dificultadores do acesso.

Por outro lado, os usuários apontam o deslocamento até as consultas como um fator extremamente relevante, indicando o esforço realizado para conseguir comparecer às consultas e o tempo empregado nessa atividade. Já o tempo médio de espera é indicado como um incômodo, uma preocupação, e não como um fator impeditivo de comparecimento às consultas, pois geram uma expectativa de serem agendados para terem a oportunidade de realizar a continuidade do cuidado na AE.

6.5.2.2 Causas relacionadas ao poder de pagamento

Alguns usuários entrevistados relataram que já houve situações em que foi preciso desembolsar algum valor para atender à necessidade em que se encontravam devido ao longo tempo de espera para a realização de consulta ou outros procedimentos. Além disso, um dos usuários referiu a falta de recursos para a passagem de ônibus.

Você acaba pagando consulta e pagando exame, porque você precisa saber o que você tem. [...] Pela demora eu paguei uma consulta de 200

reais e um exame de 280,00 (U4).

Não. Depois que eu consultei lá eu já paguei duas vezes consulta de 50,00 reais, porque eu precisei por causa de remédio (U5).

Aí vou ter que correr por aqui pra ver... se eu não achar vou ter que pagar particular o cardiologista (U7).

A moça agente de saúde trazer a consulta faltando 12 horas ou até mesmo menos de 12 horas pra eu ir. Aí num tem nem como você em cima da hora sair correndo pra um monte de especialista, e de ônibus, às vezes a gente num tem nem o dinheiro da passagem, tem que arrumar tudo correndo (U15).

Oftalmologista, como demora demais, toda vez eu faço particular, porque demora demais e eu não posso esperar neh. Porque eu uso óculos e meu grau é muito forte, então todo ano eu renovo. Mas eu nunca procuro o posto pra isso e nunca procurei (U18).

No aspecto da dimensão do poder de pagamento observa-se que ambos apontam a capacidade de pagar a passagem de ônibus para seu deslocamento até o local da consulta agendada como uma importante barreira de acesso que pode gerar o absenteísmo, além de reforçar o entendimento de que o longo tempo médio de espera induz o usuário a procurar a rede privada para a resolução de suas necessidades de saúde, mesmo considerando que pouco mais da metade dos entrevistados relatou ter algum tipo de fonte de renda (57%) e 92% utilizam exclusivamente os serviços do SUS.

6.5.2.3 Causas relacionadas à informação

Sobre o processo de marcação na UBS, alguns usuários demonstram ter algum nível de conhecimento do fluxo de encaminhamentos

[...] ali o sistema é assim. Você consulta com o clínico, aí depois que consulta aí a gente pede a folha do encaminhamento, ele dá e a gente vai ali na recepção e coloca lá. [...] a gente leva a xerox dos documentos da gente e bota lá... aí eles fazem o agendamento. Daí talvez um mês, ou dois eles mandam... [...] Eu coloco o encaminhamento no posto de saúde e eles mandam pra lá. A secretaria de saúde de Vila Velha que manda pra lá pro CRE Metropolitano (U3).

Primeiro eles tem que passar esse pedido neh, essa consulta, eles tem que o que? Eles têm que pegar aquilo ali e passar pra central, num é isso? [...] Eu acho que eles já demoram um pouco pra passar isso aí. Segundo, quando tiver o relatório do dia, da data e da hora, já encaminhar pro

paciente, porque o paciente se prepara pra ir (U15).

Primeiro que já marcaram um dia de consulta pra mim numa época que foi feriado! E desde aquela época eu não tenho retorno de nada. [...] marcaram num dia que foi feriado, eu fui lá e constatei que não tinha nenhuma atividade. Mandou voltar ao posto de saúde. Eu voltei e desde aquela época pra hoje, num tem mais nada (U16).

A gente num tem como culpar a secretaria, porque as vaga num é do município, a vaga é do Estado (U19).

Sobre desmarcar a consulta no caso de não poder ir, alguns usuários relataram não ter informado à UBS. Alguns entendem que no momento em que não comparecem à consulta, outra pessoa é colocada em seu lugar automaticamente. Houve também o relato de usuários que têm o hábito de informar à unidade sobre sua impossibilidade de comparecer à consulta agendada, mas que foram limitados de fazê-lo por terem sido comunicados com pouca antecedência, fato este que ficou bastante evidente nas declarações dos usuários.

[...] eu aviso pra não tomar lugar de outra pessoa. Mas essa, eu lembro que chegou um dia antes! E ela já tava com outra consulta na mesma hora! Então num pode mesmo. Nem de dar lugar pra outra pessoa. [...]Então, fora isso meu querido, se essa vaga foi aberta, desculpa, porque foi erro do posto. Porque entregaram em cima da hora e já tava marcada outra junta também (U11).

Eu entendo que a gente perde a vez e que passa pra outro que tá precisando neh. Eu entendo assim... se eu não fui, passa pra outro. Tanta gente precisando neh? (U12).

Olha, eu to perdendo todas as minhas consultas, tá difícil. Esse é o problema, você pode pesquisar aí é o que me acontece direto eles trazem na casa da gente, tipo assim, essa consulta chegou na sexta-feira à tarde, e a consulta acho que era uma hora do outro dia, dez horas, num sei... eles só entregam pra gente faltando nem 12 horas. Então quer dizer... às vezes você num tem como desmarcar outro compromisso porque é coisa séria também, entendeu? Eles só avisam em cima da hora. Igual na última consulta com psiquiatra, a moça chegou aqui com a folha na mão era 6 horas da tarde, ela já tava indo pra casa dela, não era 5 horas. A consulta era pra meio dia do outro dia... como que você larga filho pra tras que tem que levar pra escola? (U15).

[...] olha, eu acho que infelizmente tira a vaga de outra pessoa que tá precisando também neh. Falta pra outra pessoa... é triste [...] Além que a gente num vai, atrapalha a outra pessoa que tá precisando ir. Esse é o fundamento assim, que eu acho... acaba segurando uma coisa pra outra pessoa. São poucas as vagas que já tem (U15).

[...] aí você faz os seus compromissos diários, como no meu caso. E quando me avisaram, me avisaram, vamos supor, hoje pra ir amanhã. E eu não tive como conseguir alguém pra ficar no meu lugar... num, deu tempo,

entendeu? Avisaram muito em cima. Então assim... eu acho que deveriam avisar a gente com mais antecedência (U18).

[...] ah eu acredito que prejudica quem tá na fila neh... porque tipo, eu não fui, mas eles num colocam outra pessoa porque sei lá o que acontece... eu acredito que fica um horário vago que alguém poderia estar sendo atendido neh. [...] eu acredito que deveriam avisar a gente com mais antecedência (U18).

[...] Eles me avisaram, vamos colocar um exemplo: hoje é segunda-feira, 5:30 da tarde foi quando eu recebi a ligação pra estar lá na consulta no outro dia 8:00 da manhã! Não tinha como eu ir nessa consulta e nem tinha como avisar só que eu perdi a minha consulta entendeu? Porque num deu como (U20).

Da última vez, cheguei lá e o médico não foi. Alegaram que o médico tava passando mal e que não iria naquele dia. [...] não me avisaram. Eu fui lá e perdi viagem. E não remarcar também não! Eu nunca deixei de ir porque eu tenho bronquite asmática, entendeu? Eu falei "mas eu num estava aqui no Estado. Tem como remarcar?" "não, num tem como remarcar". Então... foi isso que me aconteceu. Por isso que eu não apareci. E eu to correndo atrás de novo porque eu passo mal de vez em quando, entendeu? E aí eu num to conseguindo nem remarcar. É difícil demais! (U22).

O que que aconteceu... é... nós tínhamos dois pedidos de reumatologista, e se eu não estou enganada, nesse período, abriu duas vagas. Eu fui lá e avisei o rapaz pra passar a vaga, mas ele não conseguiu passar a vaga. [...] eu acho que isso aconteceu umas duas vezes. Mas eu acho que da outra vez eu corri e a gente conseguiu passar a vaga logo. Se eu não me engano, da outra vez ele conseguiu passar a vaga pra outra pessoa que tava na fila. Mas aí eu não consegui passar, ele já falou que já num tinha mais como. Aí eu não sei como que funcionou neh? (U24).

[...] essa falta aí eu fui lá porque na verdade eles marcaram dois urologistas, entendeu? Eu num sei como que fizeram lá. Marcaram no dia 18 um urologista que num era o doutor que eu sempre trato neh... e marcaram com o meu, uma semana depois neh. Aí eu fui lá no posto e falei 'essa aqui do dia 18 eu num vou, primeiro porque nem é o meu médico, o médico que eu costumo consultar. E vocês marcaram duas, com dois médicos. Marcaram com doutor que é o meu mesmo uma semana depois, e uma anteriormente que seria esse do dia 18'. Aí eu fui e cancelei essa do dia 18. Cancela essa do dia 18. Só que tá constando aí neh... tá constando que eu não compareci. Então quer dizer que eles não deram baixa (U25).

Nessa dimensão, o fato dos usuários serem comunicados com pouca antecedência configura-se como um grave fator que pode acarretar no absentismo. É possível perceber novamente a importância da dimensão da informação que abrange todas as demais dimensões, sendo, neste caso, a disponibilidade, destacando-se que pela forma em que o agendamento e a comunicação aos usuários são realizados, não há tempo hábil para que estes façam os ajustes necessários em sua rotina diária no âmbito familiar ou profissional, reforçando a característica de não-centralização nos

usuários, como pode ser percebido também na desconsideração destes no processo de agendamento.

Também é possível perceber que, na fala de alguns usuários, não fica claro que os mesmos compreendem a necessidade de terem sido encaminhados para consulta com especialistas

[...] quero ver se eu marco um cirurgião, porque eu gostaria de fazer uma cirurgia da vesícula... que já tá desde o ano passado que eu tento marcar e não tô conseguindo [esta usuária tinha consulta agendada com angiologista] (U3).

[...] porque quando eu lembrei já era três horas... [...] aí eu esqueci... faz um trem, faz outro, e eu achava que o dia era outra... que era outro dia. Depois quando eu fui olhar a folhinha, eu perdi a consulta. E era urgente, eu precisava (U5).

Eu to precisando muito é pegar um laudo bom, pra mim tentar encostar. [...] eu fui numa consulta que eles marcaram pra mim, foi semana passada, com o médico mesmo lá do posto, [...] Esse me deu um laudo lá, num sei nem se vai valer, num tem? Então tá marcado pro dia 7 levar no CRAS pra menina ver o que que ela pode fazer pra mim. [...] ah é igual que eu te falei neh que eu to querendo achar um especialista bom, pra ele me dar um laudo bom (U9).

[...] porque isso eu deixo tudo pra minha filha, é ela que marca pra mim. [...] porque eles num falam comigo, porque é sempre a minha filha que resolve. Então falam com ela. [...] Num sei nem o que que o geriatra faz. Eu falei ah num marca não porque eu num vou lá agora não (U12).

Nesse aspecto, destaca-se a dimensão da informação como importante componente que pode capacitar as pessoas com relação à escolha das opções referentes à própria saúde. Considerando que 61% dos entrevistados não possuíam escolaridade acima do ensino fundamental completo, revela-se a disparidade entre o nível de informação dos usuários e dos profissionais, o que pode comprometer a geração do vínculo e das relações de confiança.

Ainda nesse sentido, é possível relacionar a baixa escolaridade com as possíveis fragilidades no conhecimento dos usuários sobre a própria condição de saúde, que pode resultar na criação de uma demanda por parte do usuário que não necessariamente deve ser alvo de alguma intervenção, procedimento ou medicalização.

No caso dessas disparidades não serem corrigidas, a compreensão do desfecho da conduta do profissional de saúde (seja ela uma prescrição medicamentosa,

mudança de hábitos de vida, indicação de exame complementar ou encaminhamento para outro nível de atenção) pode estar comprometida, fragilizando desde a adesão ao tratamento proposto até a o comparecimento à consulta agendada, evidenciando novamente a transversalidade da dimensão da informação com as demais. E é nesse contexto que as atividades de educação em saúde devem ser valorizadas nas práticas das equipes de saúde.

6.5.2.4 Causas relacionadas à aceitabilidade

Durante as entrevistas foram identificadas falas que apontam os episódios em que os usuários fizeram ou não uma nova tentativa de acessar os serviços de saúde após terem perdido a consulta agendada, e remetem a sensação de descrédito no sistema, envolvendo o contexto político de forma generalizada, ora com indignação, ora com um certo conformismo perante a situação vivida.

Não, eu não resolvi. Infelizmente não . [...] Ah, eu devolvi lá o papel na unidade de saúde e eles falaram que ia marcar. Mas a mulher falou lá que só após um ano que chama de novo quando falta, mesmo dando motivo... Mas eu já perdi consulta também por causa do trânsito, entendeu? Eu fiquei presa no trânsito e eu perdi a consulta. Aí eles num querem saber neh, ninguém quer saber... (U1).

Você marca uma consulta sentindo dores, e fica aguardando a boa vontade deles chamarem você. [...] porque se depender do trabalho deles, você morre! E quando eles mandam chamar, já não é necessário mais! Já foi! [...] Eu acho que esse Brasil tem que mudar, pelo que você tá vendo acontecer neh. Eles têm que parar de roubar mais e investir lá nos médicos e nas pessoas pra que eles atendam os pobres, que não tem condições. Porque eu ainda to em condições que eu consigo pagar. E as pessoas que tão lá? [...] Com o tratamento do INSS que você fica lá no corredor vendo as pessoas sofrer. Entendeu? É parar de roubar e colocar mais na saúde. É tirar esse mal do poder! Pra fazer alguma coisa! É o que eu tenho pra dizer que eu to é revoltada com essa situação toda (U4).

[...] muito ruim. Porque demora demais. As pessoas às vezes até morre, é um jogo de empurra danado! [...] você chegar lá pra marcar e dali que faz e vai num sei pra onde ali e demora um ano até chegar aí. Eu to até com uma consulta marcada lá pra ver e pedir novos encaminhamentos pra cardiologista porque parece que sumiu, ninguém marcou... aí eu tenho que voltar lá outra vez, pedir outra vez pra doutora pra ver se anda mais rápido (U5).

Ah eu já fui no posto já, eles falaram que ia marcar e num marcaram nada. O posto ali tá muito parado, num tá tendo médico, tá ruim! Tá demais! Tá no limite (U9).

[...] eu fiquei tomando remédio em casa, banhando com mato as minhas

pernas pra desinchar (U12).

[...] eu acho que a atenção tá no posto de saúde, os funcionários não estão trabalhando com vontade. Estão fazendo por fazer... Você vê que eles estão trabalhando por trabalhar... Eles num tão fazendo isso por amor mais, eles tão fazendo mais por... por assim, por ter o emprego. Era o tempo que era com amor as coisas. [...] às vezes chega lá e fica lá... telefone, whatsapp e a gente fica esperando. [...] Agora olha quanto funcionário tem no Whatsapp e no telefone (U15).

[...] geralmente conseguia com 3 ou 4 meses, mas agora já dobrou e eu não consigo nada. Vamos ver quando é que eles vão se lembrar que tem lá um pedido. Porque eu vou no PA e num tem nada, eu vou lá no CEMAS também num tem nada. [...] tem que melhorar alguma coisa porque o sistema, é bom... o sistema é bom, só que alguns é... algumas pessoas que são cargos comissionados num tão ali pra trabalhar, tão ali pra ganhar dinheiro, certo? Então eu creio o seguinte: existe, existe a boa vontade daquele que tá empregado e existe a má vontade. Eu acho que existe muito má vontade em marcar as consultas. [...] É um jogo de empurra, que ninguém entende ninguém. [...] É um faz de conta que ninguém faz nada, certo? [...] Eu acho que o sistema é bom, o sistema dá pra trabalhar, agora, tem que colocar é gente concursada, e não cargo comissionado. Enquanto tiver esses cargos comissionados, as prefeituras vão ter esses, esses, é... como é que se diz...? é... essas coisas que tão fazendo, que tão descobrindo agora, que isso é mais velho do que eu, certo? Todas as prefeituras, se não tiver roubo, num anda, certo? E isso eu to falando pra você porque eu tenho conhecimento de caso... certo? Tudo é superfaturado, e a gente fica aí olhando. Olhando e ninguém faz nada, ninguém pode fazer nada. Porque quando vai se fazer alguma coisa, aí entra lá o... o... o... o nosso, como é que diz? Nosso comando da justiça, pra impetrar mandato, que é pra prender, ele bota pra solta. Aí meu irmão isso vai de ruim a pior. Me aponta um político pra votar? Num tem! Tudo Corrupto!! (U16).

[...] pelo SUS, a minha avaliação, que nem eu preciso faz 3 meses, já fez 4 meses, pra mim tá péssimo. Porque uma pessoa que precisa de retornar no neuro, 3 meses, no SUS tem que esperar a pessoa morrer pra depois marcar as consulta (U17).

O posto tá um caos! Você chega lá e ninguém quer te atender. Os médicos entram pra dentro da sala, tranca a porta e fala que tá em atendimento e tem que esperar. Aí quando sai “ah num dá porque tem muita gente e num sei o que...” e eu sinceramente, num to conseguindo me consultar lá não. [...] eu já to quase desistindo, porque a gente vai pra lá 5 horas da manhã e já num consegue mais consultar (U18).

Ele disse que tem que fazer a fisioterapia. Mas aí colocou lá no posto e isso daí só daqui uns 10 anos mais ou menos que sai. [...] Porque tem coisas que num tem como você esperar dois, três, seis meses... tem outras que não neh... então, poxa, tinha que ser um pouco mais rápido, ou pelo menos fazer por faixa de idade, porque é complicado... é complicado ficar esperando, espera muito tempo, muito tempo. Tem coisas que a gente coloca lá e se esquece que colocou. Tempos depois, ‘ah saiu sua consulta’, mas consulta de que? Até a gente recobrar lá de dois anos atrás... é difícil, é complicado, é muito ruim isso aí, esse tempo de espera (U20).

[...] não eu não tenho nada assim pra falar não... o negócio é a paciência neh... esperar neh...? esperar que aconteça (U7).

[...] é que num adianta, nunca resolve nada, num adianta falar nada que

nunca resolve! (U22).

A gente poderia pedir um milagre pro Brasil né? Todas as unidades de saúde serem perfeitas e tal... mas tem a capacidade humana e num comporta todo mundo... num tem especialista pra todo mundo. E a gente tem que orar e pedir a Deus pra fila poder andar pra poder a gente entrar logo na fila logo e consultar (U24).

Num posso reclamar não neh... tem que esperar mesmo. Agora eles estão limpando as ruas de Argolas, pra querer voto! Eu to esperando eles aqui! (U26).

Considerando que a dimensão da aceitabilidade envolve aspectos relacionados a fatores socioculturais, educacionais, econômicas e níveis de confiança no sistema envolvendo a organização do serviço, é possível identificar a fragilidade dos vínculos e do respeito mútuo entre os profissionais e usuários, ponto central desta dimensão.

Nesse contexto, a valorização das relações perpassa pela difícil tarefa de equilibrar as diferentes perspectivas e os diferentes objetivos de cada um dos atores envolvidos que deveriam ser complementares, mas que concorrem entre si, ou seja, os gestores competem pela operacionalização da racionalidade dos fluxos e dos processos para possibilitar o acesso, os profissionais competem para aplicar seus saberes técnicos e possibilitar o cuidado, e os usuários, baseados nas experiências de adoecimento, competem para ter acesso (CECÍLIO, 2012).

Assim, fragiliza-se a integralidade da atenção, que pode ser considerada como uma ação social resultante da interação entre os sujeitos na relação entre a oferta e demanda. Essa interação ganha sentidos, significados e vozes na produção do cuidado em saúde, sendo necessário, portanto, conceber o trabalho em saúde para além da clínica baseada em doenças, mas sim na clínica baseada em pessoas, garantindo a autonomia dos usuários e valorizando os princípios de educação em saúde, onde a alteridade não teria espaços a ocupar nesta relação (PINHEIRO et al., 2013).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNAB traz em suas diretrizes uma complexa organização da AB, adotando a ESF como modelo tecnoassistencial na intenção de se colocar como uma estratégia capaz de reconhecer as necessidades de saúde de sua população, desenvolvendo vínculo e responsabilização entre as equipes de saúde e a população adscrita em seu território, sendo o principal acesso e a coordenadora da rede de saúde para garantir a continuidade do cuidado. Mas a garantia do acesso aos serviços de saúde pode ser entendida de acordo com o ponto de vista que se pretende observar.

O conceito de acesso aos serviços de saúde abre um campo de discussão que remonta às raízes do que o SUS traz em seus propósitos, que é a garantia da saúde constituída como um direito social regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

De um lado, define-se o acesso como uma medida de cobertura populacional, avaliada de acordo com os números de equipamentos de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, proporções entre profissionais e população do território, números de leitos, número de atendimentos, número de procedimentos, dentre outros tantos números possíveis de serem medidos.

Do outro lado, o acesso é definido como dimensões que, em parte, também podem ser mensuráveis, como a disponibilidade e o poder de pagamento, mas que vem acompanhado da necessidade de uma análise que não pode ser compreendida apenas com os números, com suas duas outras dimensões menos tangíveis, a informação e a aceitação.

O PMAQ-AB constitui uma ferramenta potente de avaliação e como predomina uma tendência de se atentar àquilo que é mais palpável, a avaliação baseada em números tende a ser o parâmetro ideal para a impressão de que o acesso está sendo ampliado e cada vez mais garantido à população. Porém, deve-se refletir se essa ampliação é coerente com o que de fato deve ser ofertado à população de acordo com a realidade de cada território.

Este questionamento pode ser acompanhado da observação dos números referentes ao absenteísmo dos usuários nos dois níveis de atenção estudados. Ao verificar que ao mesmo tempo em que há um reconhecido movimento de ampliação da assistência à saúde, há também um fenômeno preocupante acerca das faltas dos usuários às consultas agendadas na AB e na AE.

Cabe lembrar que este movimento de expansão da AB se refere genericamente ao contexto nacional, e não especificamente ao município estudado, que, ao contrário da tendência nacional, apresenta dificuldades para ampliar sua capacidade instalada de pontos de atenção e conta com um número limitado de serviços disponíveis em relação à população residente.

Portanto, percebendo essas limitações e a ocorrência do absenteísmo, ambas apresentadas em números, resta fazer o cruzamento destes dois fatores, mas de uma forma que permita uma compreensão mais aprofundada a respeito das reais condições em que são geradas, sendo esta a proposta dessa pesquisa.

Assim, esta pesquisa foi capaz de evidenciar que o absenteísmo dos usuários necessita de uma valorização nos espaços de discussão da gestão e uma compreensão mais abrangente por parte dos entrevistados, indicando assim a relevância de aprofundar essa temática e chamar atenção para as causas e para as consequências dessa forma de desassistência ainda despercebida.

A análise do absenteísmo na AB revelou uma relação deste fenômeno com as condições socioeconômicas e as tipologias das UBS presentes na diferentes regiões do município, reforçando o que muitos estudos trazem a respeito da interação entre as características dos territórios e a capacidade de utilização dos equipamentos sociais disponíveis, evidenciando que os aspectos pelos quais a ESF atua nos territórios, com maior proximidade dos usuários, pode ser capaz de fortalecer o vínculo e impactar positivamente na menor ocorrência de absenteísmo.

Já o absenteísmo dos usuários do município estudado aos serviços ambulatoriais da AE apresentou-se numa frequência próxima ao que os demais estudos apresentam sobre o tema. No entanto, foram encontradas evidências de que o absenteísmo neste nível de atenção tem a influência de fatores como o grau de resolutividade da

AB, a oferta e disponibilidade de prestadores de serviço e de profissionais, e o tempo médio de espera para as consultas especializadas.

Assim, é importante destacar que os resultados desta pesquisa apontam para uma estratégia que não se limita à necessidade de ampliação de oferta de consultas ou procedimentos, mas também indicam a importância de se intensificar as discussões sobre uma melhor relação entre os profissionais e as pessoas que buscam apoio, a fim de promover um encontro culturalmente sensível às demandas e necessidades de saúde.

As indicações destes resultados foram mais aprofundadas a partir da análise dos processos de trabalho empregados nas UBS estudadas referentes às formas de acesso aos serviços disponibilizados e também da análise das concepções dos profissionais e dos usuários a respeito do absenteísmo.

Estas análises permitiram identificar a existência de diversas barreiras de acesso aos serviços de saúde que se relacionam com suas dimensões conceituais e que representam potenciais fatores geradores de absenteísmo dos usuários, como a fragmentação das agendas e também do cuidado, horários inflexíveis e processos não centrados nos usuários.

Apesar da grande observação dos temas identificados como fatores geradores de absenteísmo relacionados com a dimensão da disponibilidade e da pouca relevância dada aos temas relacionados à dimensão do poder de pagamento (as duas mais tangíveis), destacaram-se aqueles relacionados às dimensões menos tangíveis (informação e aceitabilidade).

Os processos de organização do trabalho das UBS estudadas e as condições em que o encaminhamento dos usuários para a AE ocorre, revelaram um racionalismo presente sob a forma de burocracia, normatizações e ações disciplinadoras sobre os usuários, além de um viés de culpabilização dos mesmos. Assim, o entendimento dos usuários por parte do sistema, muitas vezes gerado pela desinformação, é considerado incorreto e fora da normatividade pelos profissionais e, portanto, deve ser corrigida com mais educação, informação e, evidentemente, controle.

Na busca pelo equilíbrio entre a oferta e a demanda, devem-se compreender os sentidos dos tensionamentos entre as necessidades e os poderes gerados pelos

desejos e pelas intencionalidades dos sujeitos envolvidos para que, na produção social da demanda, haja espaços de compreensão e formação de relações de confiança baseadas no respeito mútuo.

Nesse sentido, reforça-se a necessidade de valorizar os componentes subjetivos que fazem parte da efetivação do cuidado por meio das mais variadas formas de construção de afetos, que podem resultar no desfecho da geração de um cuidado adequado ou de um descuidado.

Portanto, foi possível concluir que o contexto geral dos fatores identificados como potenciais geradores de absenteísmo apontam as lacunas do modelo de atenção empregado que não se caracteriza como usuário-centrado e, indicam que o acesso universal e a integralidade da atenção não podem ser garantidos dessa forma.

Os desafios e as incertezas encontrados nas práticas dos territórios de saúde são bastante complexos e, fazendo um paralelo com o assunto estudado nesta pesquisa, podem ser equivalentes às barreiras que ainda impedem a concretização daquilo que se idealizou no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um sistema de saúde de acesso universal, próximo dos usuários e resolutivo, promovendo o cuidado integral e sendo capaz de promover cidadania e uma consciência sanitária.

REFERÊNCIAS

BENDER, A.S.; MOLINA, L.R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na Atenção Secundária e suas implicações na Atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dermatologia na Atenção Básica**. Brasília: 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Manual de Implantação de complexos reguladores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488/GM, 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 a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 2011a.

_____. **Portaria nº 1654 de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União, Brasília: 2011b.

_____. **Portaria nº 7508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução normativa n° 259, de 17 de junho de 2011**. Brasília, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília: 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 874 de 16 de maio de 2013**. Brasília: 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final do PMAQ-AB do ES, 2014**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php. Acesso em 5 jan 2016.

_____. **Portaria n° 1645 de 02 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União, 05 de outubro de 2015. Brasília: 2015a.

_____. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS**. Brasília: 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e indicadores do Setor**. Disponível em <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3490-beneficiarios-de-planos-de-saude>. Acesso em 16 set 2016.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. 2 ed. Petrópolis: editora Vozes, 2011.

CARVALHO T. C.; GIANINI R. J. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. **Revista Brasileira Epidemiologia**. São Paulo, v. 11, n. 3, p. 473 - 483, 2008.

CAVALCANTI R. P.; CAVALCANTI, J. T. M.; SERRANO, R. M. S. M.; SANTANA, P. R. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa - PB, Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 63 - 84, set. 2013.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.

A. (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: MS-UERJ/ABRASCO, 2001.

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, supl.1, p.545-55, 2009.

_____. Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Revista Saúde & Sociedade**. São Paulo, v.21, n.2, p.280-289, 2012.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução N° 2116/2015**. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.068/2013, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Publicada no D.O.U. de 04 de fevereiro de 2015, Seção I, p. 55.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2783 - 2794, 2011.

CRUZ, A. Inovação na Atenção Especializada no Brasil. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília, ano 5, n. 16, Julho, Agosto e Setembro de 2015.

DALRI L. **Absenteísmo de pacientes nos serviços de referência de especialidades odontológicas em Florianópolis, SC**. [Trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: UFSC; 2014.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F.; DRAGO, L. C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. n. 21, jan.-fev. 2013.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Notícias: **Saúde: 40% das consultas e exames especializados são desperdiçados porque paciente falta**. Publicado em 04 de Junho de 2014. Acessado em 20/08/2014. Disponível em www.saude.es.gov.br

ESPOSTI, C. D. D. **Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil**. [tese]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção de cuidado e produção de sujeitos. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429 - 439, 2010.

FERTONANI, H.P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira.

Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869 - 1878, 2015.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A Produção Imaginária da Demanda e O Processo de Trabalho em Saúde. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção Social da Demanda.** IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

FURTADO, L. Entrevista. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília, ano 5, n. 16, Julho, Agosto e Setembro de 2015.

GALAVOTE, H. S.; ZANDONADE, E.; GARCIA, A. C. P.; FREITAS, P. S. S.; SEIDL, H.; CONTARATO, P. C.; ANDRADE, M. A. C.; LIMA, R. C. D. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery.** v. 20, n. 1, p. 90 – 98, 2016.

GAZETA ONLINE. Capixabas tem mais câncer que o resto do brasil. Disponível em: <http://www.gazetaonline.com.br/conteudo/2015/06/entretenimento/vida/3901244-capixabas-tem-mais-cancer-que-o-resto-do-brasil.html>. Acesso em 21/06/2016.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6 ed, São Paulo: Editora Atlas, 2014.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.) **Política de saúde: o público e o privado.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, 312 p.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; CARVALHO, A. I.; CONILL, E. M.; CUNHA, E. M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em debate,** Rio de Janeiro, v. 26, n. 60 p. 37-61, jan-abr 2002.

GRISOTTI, M; PATRÍCIO, Z. M. **A saúde coletiva entre discursos e práticas: a participação de trabalhadores, usuários e conselheiros de saúde no município de Florianópolis/SC.** Florianópolis: Ed. UFSC, 2006.

HAITER, SJC. **Avaliação das faltas odontológicas no serviço de saúde: revisão de literatura.** Monografia. Piracicaba, 2014.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULUS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 331 - 336, 2004.

IBGE. **Conceitos: população potencialmente ativa.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>. Acessado em 19/06/2016.

INCA. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2014.

IZECKSOHN, M. M. V; FERREIRA, J. T. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família,

Manguinhos, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 235 – 241, 2014.

JANDREY, C.M; DREHMER, T.M. **Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico**: o caso do módulo de serviço comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS) – UFRGS. Resumo de dissertação. UFRGS, 1999.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MÜLLER NETO, J. S.; TICIANEL, F. A.; SPINELLI, M. A. S.; SILVA JUNIOR, A. G (Org). **Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/ABRASCO, 2013.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N.; MACHADO, C. V.; VIANA, A. L. **Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto Pela Saúde no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7):1903-1914, 2012.

LUZ, M. T.; Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out, 2004.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MELO; A. C. B. V.; BRAGA, C. C.; FORTE, F. D. S. Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção básica: desvelando o absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 309 - 318, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato em saúde. In FRANCO, T; MERHY, E. E. (org.) **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. (org); DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 34 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.

MOLESINI, J. A.; FORMIGLI, V. L. A.; GUIMARÃES, M. C. L.; MELO, C. M. M. Programação pactuada integrada e gestão compartilhada do SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 34, n. 3, p. 623 – 638, 2010.

OLESKOVICZ, M; OLIVA, F. L; GRISI, C. C. H; LIMA, A. C; CUSTÓDIO, I. Técnica de *overbooking* no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1009 - 1017, maio, 2014.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração**. Catalão: UFG, 2011.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2003.

OTHERO, M. B.; DALMASO, M. S. W. **Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola**. Comunicação Saúde e Educação. v. 13, n. 28, p. 177-188, jan - mar 2009.

PAIM J.S.; Travassos C.; Almeida C.; Bahia L.; Macinko J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet. Séries, Saúde no Brasil n.1 maio, 2011.

_____. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, 148 p.

PIMENTEL, I. R. S.; COELHO, B. C.; LIMA, J. C.; RIBEIRO, F.G.; SAMPAIO, F. P. C.; PINHEIRO, R. P.; ROCHA FILHO, F. S. Caracterização da demanda em uma unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Florianópolis, v. 6, n. 20, p. 175 – 181, 2011.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511 – 1524, 2016.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F. R. S.; GOMES, R. S. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MÜLLER NETO, J. S.; TICIANEL, F. A.; SPINELLI, M. A. S.; SILVA JR, A. G. **Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe e a participação**. IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

SÁ, M. V. H. M. **Plano de intervenção para reduzir as faltas dos usuários ao atendimento especializado**. Monografia. Recife, 2012.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v. 31, n. 3, p. 260 – 268, 2012.

SANTOS, J. S. **Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: um estudo em um município baiano**. Dissertação de Mestrado. Vitória da Conquista, 2008.

SARMENTO JUNIOR, K. M. A.; TOMITA, S.; KOS, A. O. A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. n. 71, v. 3 parte 1, maio/junho, 2005.

SCHEFFER, M. *et al.*. **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 páginas.

SOARES, J. F.; SIQUEIRA, A. L. **Introdução à estatística médica**. Minas Gerais: UFMG, 2002.

SOLLA, J. J. S. P.; PAIM, J. S. **Relações entre a Atenção Básica, de média e alta complexidade**. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.) **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p. 211-29.

SOUZA, C. R.; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 393 - 413, 2013.

SOUZA, L. E. P. F.; GUIMARÃES, R.; TRAVASSOS, C., CANABRAVA, C. M. Infraestrutura tecnológica do SUS: Rede de estabelecimentos, equipamentos, desenvolvimento científico-tecnológico e inovação. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.) **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p. 211-29.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA; L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N.(organizadores) **Saúde coletiva: teoria e prática**. Ed. Medbook: Rio de Janeiro, 2014.

THIEDE, M.; McINTYRE, D. Informação, comunicação e acesso equitativo aos cuidados de saúde: um comentário conceitual. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-73, 2008.

TRAVASSOS, C. Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, n.2, 1997.

_____. Forum: eqüidade no acesso aos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1159 - 1161, maio, 2008.

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

TREVISAN, L. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. **Revista de Administração Pública**. v. 41, n. 2, 2007.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317 - 2326, 2010.

VILA VELHA. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017**. Vila Velha, 2013. 120p.

_____. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Sítio da internet. **Notícias: Prefeitura oferece novas especialidades médicas**. Disponível em: <http://www.vilavelha.es.gov.br/noticias/2016/03/prefeitura-oferece-novas-especialidades-medicas-9019>. Acessado em 02/05/2016a.

_____. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Sítio da internet. **Notícias: Saúde – Serviço de Atendimento Especializado em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE)**. Disponível em: <http://www.vilavelha.es.gov.br/paginas/saude-servico-de-atendimento-especializado-em-dst-hiv-aids-e-hepatites-virais-sae>. Acessado em 02/05/2016(b).

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Revista Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, Out./Dez. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com os profissionais das unidades de saúde

Entrevista nº: _____ **Data da entrevista:** ____/____/____

Unidade de Saúde do entrevistado: _____

Função do entrevistado: _____

Tempo de atuação na função: _____

Formação acadêmica: _____

Data de nascimento: ____/____/____ () anos Sexo: () M () F

Roteiro para as entrevistas com os profissionais das unidades de saúde

- a) identificação do pesquisador;
- b) Motivação do contato;
- c) Garantia de sigilo (o profissional é informado a respeito do caráter confidencial da pesquisa e que as informações prestadas serão mantidas no anonimato);
- d) Informação sobre a gravação da entrevista, os riscos da pesquisa e sobre a não-obrigatoriedade de responder a todas as perguntas;
- e) Concordância em participar da pesquisa (solicitação para que o profissional assine duas vias do TCLE no caso de estar de acordo com a participação da pesquisa, ficando de posse de uma das vias);
- f) Informar sobre os contatos do pesquisador responsável para eventuais dúvidas ou solicitação de retirada das informações da pesquisa;
- g) conduzir a entrevista conforme segue:
 - Descreva, por favor, como é feita a marcação de consultas na Unidade de Saúde sob sua gerência, tanto para a própria unidade quanto para as especialidades.
 - Qual a sua opinião a respeito do fluxo da marcação de consultas e encaminhamento para consulta com especialistas?

- Você tem conhecimento da frequência de ocorrência de absenteísmo dos usuários desta Unidade de Saúde para as consultas na atenção básica e especializada?
- Na sua opinião, quais as possíveis causas das faltas dos usuários às consultas na Unidade de Saúde e na atenção especializada?
- Na sua opinião, quais as implicações que a ausência dos usuários à estas consultas podem gerar para o SUS nos diferentes níveis de atenção?
- O que acontece com o usuário que faltou à consulta na unidade de saúde e na atenção especializada?
- O que você sugere para melhorar os processos de encaminhamento e a frequência dos usuários às consultas, tanto na Unidade de Saúde sob sua gerência quanto na atenção especializada?
- O que você sugere para a redução do absenteísmo dos usuários às consultas?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com os médicos reguladores da SEMSA

Entrevista nº: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Nome: _____

Tempo de atuação na função de Médico regulador da SEMSA: _____

Data de nascimento: ____/____/____ () anos Sexo: () M () F

Roteiro para as entrevistas com os médicos reguladores da SEMSA

- a) identificação do pesquisador;
- b) Motivação do contato;
- c) Garantia de sigilo (o profissional é informado a respeito do caráter confidencial da pesquisa e que as informações prestadas serão mantidas no anonimato);
- d) Informação sobre a gravação da entrevista, os riscos da pesquisa e sobre a não-obrigatoriedade de responder a todas as perguntas;
- e) Concordância em participar da pesquisa (solicitação para que o profissional assine duas vias do TCLE no caso de estar de acordo com a participação da pesquisa, ficando de posse de uma das vias);
- f) Informar sobre os contatos do pesquisador responsável para eventuais dúvidas ou solicitação de retirada das informações da pesquisa;
- g) conduzir a entrevista conforme segue:
 - De acordo com os encaminhamentos recebidos para serem regulados para as especialidades médicas, descreva, por favor, como é feita a classificação/regulação das consultas especializadas.
 - Como é priorizado o agendamento das consultas especializadas?

- Você tem conhecimento da frequência de ocorrência do absenteísmo dos usuários nas consultas de especialidades médicas?
- Na sua opinião, quais as possíveis causas das faltas dos usuários às consultas especializadas?
- Quais as consequências que ocorrem para o usuário que faltou à consulta de especialidade?
- O que você sugere para melhorar os processos de encaminhamento e a frequência dos usuários às consultas na atenção especializada?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com a coordenação do setor de regulação da SEMSA

Entrevista nº: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Tempo de atuação na função de Coordenação da regulação da SEMSA: _____

Data de nascimento: ____/____/____ () anos Sexo: () M () F

Perguntas centrais:

Roteiro para a entrevista com a coordenação do setor de Regulação

- a) identificação do pesquisador;
- b) Motivação do contato;
- c) Garantia de sigilo (o profissional é informado a respeito do caráter confidencial da pesquisa e que as informações prestadas serão mantidas no anonimato);
- d) Informação sobre a gravação da entrevista, os riscos da pesquisa e sobre a não-obrigatoriedade de responder a todas as perguntas;
- e) Concordância em participar da pesquisa (solicitação para que o profissional assine duas vias do TCLE no caso de estar de acordo com a participação da pesquisa, ficando de posse de uma das vias);
- f) Informar sobre os contatos do pesquisador responsável para eventuais dúvidas ou solicitação de retirada das informações da pesquisa;
- g) conduzir a entrevista conforme segue:
 - Descreva, por favor, o processo de trabalho do setor de regulação municipal.
 - Você tem conhecimento da frequência de ocorrência do absenteísmo dos usuários nas consultas de especialidades médicas?

- Na sua opinião, quais as possíveis causas das faltas dos usuários às consultas especializadas?
- Na sua opinião, quais as possíveis dificuldades dos usuários desmarcarem as consultas agendadas na atenção especializada?
- Os usuários que precisam desmarcar as consultas devem entrar em contato com qual setor?
- Quais as implicações que a ausência dos usuários às consultas especializadas podem gerar para a Atenção Especializada?
- Quais as consequências que ocorrem para o usuário que faltou à consulta de especialidade?
- O que você sugere para melhorar os processos de encaminhamento e a frequência dos usuários às consultas na atenção especializada?

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista com operador do sistema do setor de regulação da SEMSA

Entrevista nº: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Tempo de atuação na função de operador do SISREG: _____

Data de nascimento: ____/____/____ () anos Sexo: () M () F

Roteiro para a entrevista com profissional operador do SISREG

- a) identificação do pesquisador;
- b) Motivação do contato;
- c) Garantia de sigilo (o profissional é informado a respeito do caráter confidencial da pesquisa e que as informações prestadas serão mantidas no anonimato);
- d) Informação sobre a gravação da entrevista, os riscos da pesquisa e sobre a não-obrigatoriedade de responder a todas as perguntas;
- e) Concordância em participar da pesquisa (solicitação para que o profissional assine duas vias do TCLE no caso de estar de acordo com a participação da pesquisa, ficando de posse de uma das vias);
- f) Informar sobre os contatos do pesquisador responsável para eventuais dúvidas ou solicitação de retirada das informações da pesquisa;
- g) conduzir a entrevista conforme segue:
 - Descreva, por favor, o processo de trabalho do setor de regulação municipal.
 - Você tem conhecimento da frequência de ocorrência do absenteísmo dos usuários nas consultas de especialidades médicas?
 - Na sua opinião, quais as possíveis causas das faltas dos usuários às consultas especializadas?

- Na sua opinião, quais as possíveis dificuldades dos usuários desmarcarem as consultas agendadas na atenção especializada?
- Os usuários que precisam desmarcar as consultas devem entrar em contato com qual setor?
- Quais as implicações que a ausência dos usuários às consultas especializadas podem gerar para a Atenção Especializada?
- Quais as consequências que ocorrem para o usuário que faltou à consulta de especialidade?
- O que você sugere para melhorar os processos de encaminhamento e a frequência dos usuários às consultas na atenção especializada?

APÊNDICE E – Roteiro de entrevista por telefone com os usuários

Entrevista nº: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Bairro/Região/Unidade de Saúde: _____

Data de nascimento: ____/____/____ (____) anos

Sexo: () M () F

Roteiro para a entrevista com os usuários

- a) identificação do pesquisador;
- b) Motivação do contato (o usuário é esclarecido sobre a forma em que foi obtido seu contato telefônico, bem como a identificação da instituição cujo pesquisador está vinculado, os objetivos da pesquisa, a importância da participação na pesquisa e o tempo estimado do contato);
- c) Garantia de sigilo (o usuário é informado que a ligação é gravada, e é informado também a respeito do caráter confidencial da pesquisa e que as informações prestadas serão mantidas no anonimato);
- d) Informação sobre os riscos da pesquisa e sobre a não-obrigatoriedade de responder a todas as perguntas;
- e) Concordância em participar da pesquisa (o usuário é questionado se concorda em participar da pesquisa, devendo verbalizar claramente que está de acordo);
- f) Informar sobre os contatos do pesquisador responsável para eventuais dúvidas ou solicitação de retirada das informações da pesquisa;
- g) conduzir a entrevista conforme segue:
 - Qual foi o motivo do seu não comparecimento à consulta agendada para a data (dd/mm/aa) com especialista (especialidade)?
 - O que você fez depois de ter faltado à consulta agendada?
 - Você precisou marcar nova consulta médica para a mesma especialidade?
 - Caso precisasse, você conseguiria marcar nova consulta médica para a mesma especialidade?

- Você possui plano de saúde?
- Você estudou até qual série?
- Qual é o seu principal meio de locomoção?
- Possui algum tipo de deficiência?
- Qual foi o motivo de ter sido encaminhado para consulta com especialista?
- Como foi feita a marcação da sua consulta com o especialista?
- Quanto tempo levou até receber a confirmação da consulta com o especialista?
- O que foi orientado, caso você precisasse desmarcar ou remarcar a consulta agendada com o especialista?
- Como você avalia o tempo de espera entre o agendamento e a consulta com o especialista?
- Quanto tempo você gastaria para chegar da sua casa ou trabalho até o local da consulta agendada com o especialista?
- Qual é seu trabalho/ocupação?
- Quantas horas você trabalha por dia?
- Na sua opinião, o que acontece com o serviço de especialidades quando falta um usuário na consulta?
- O que você sugere para melhorar os processos de encaminhamento e a frequência dos usuários às consultas, tanto na Unidade de Saúde quanto na atenção especializada?
- Você gostaria de falar mais alguma coisa a respeito dos motivos que o impediram de ir à consulta?

APÊNDICE F - Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____, fui convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Análise do acesso e absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde”, sob a responsabilidade de Flavio Ighes Tristão.

Entendo que o pesquisador se responsabilizará por qualquer dano que eu venha a sofrer em decorrência da minha participação.

Os benefícios diretos consistem na possibilidade de contribuir no esclarecimento das causas das faltas às consultas e, indiretamente fazer parte das propostas de melhoria da gestão do sistema de marcação de consultas do sistema de saúde do município.

Entendo que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

Entendo que o pesquisador garante o sigilo de todas as minhas informações e que meu nome e demais dados pessoais não serão divulgados de nenhuma forma em nenhuma das etapas da pesquisa, inclusive após sua conclusão.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, eu devo contatar o(a) pesquisador(a) Flavio Ighes Tristão, nos telefones (27) 99968-7292 ou (27) 3062-9981, ou por e-mail flaviotristao@hotmail.com.

Declaro que fui informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo.

Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo pesquisador.

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Análise do absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde”, eu, Flavio Ighes Tristão, declaro ter cumprido as exigências da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Vila velha, _____ de _____ de 2016.

Participante da pesquisa

Flavio Ighes Tristão

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE VEIGA DE
ALMEIDA / UVA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CRIAÇÃO DE OBSERVATÓRIO MICROVETORIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pesquisador: Emerson Elias Merhy

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38804614.8.1001.5291

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 876.415

Data da Relatoria: 18/11/2014

Apresentação do Projeto:

ok

Objetivo da Pesquisa:

ok

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ok

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ok

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ok

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

ok

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Ibituruna nº 108, Bloco B, 5º andar

Bairro: Tijuca

CEP: 20.271-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)1574-8800

Fax: (21)1574-8800

E-mail: cep@uva.br

ANEXO B



Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde
Brazilian Journal of Health Research

Vitória, 27 de Abril de 2016.

Em nome do Corpo Editorial, informo que o artigo de autoria de Flavio Ignes Tristão, Rita de Cássia Duarte Lima, Eliane de Fátima Almeida Lima, Maria Angélica Carvalho Andrade, intitulado: "ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXÕES SOBRE O ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS" foi aprovado quanto ao seu mérito científico para publicação na **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, com previsão para compor o volume 18, número 1, Janeiro/Março de 2016.

Atenciosamente,

Edson Theodoro dos Santos Neto

EDSON THEODORO DOS SANTOS NETO

Editor-chefe