



ARTIGO ORIGINAL

NÃO COMPARECIMENTO ÀS CONSULTAS ESPECIALIZADAS É UM RESULTADO INDESEJADO DO PROCESSO DE REGULAÇÃO**NON-ATTENDANCE TO SPECIALIZED APPOINTMENTS IS AN UNINTENTIONAL OUTCOME OF THE REGULATION PROCESS.**Tauani dos Santos Cordeiro¹Caio Gabriel Jeronimo Lima Brasileiro²Heloisa Bernardi³José Francisco Gontan Albiero⁴Ernani Tiaraju de Santa Helena⁵**RESUMO**

O acesso à assistência especializada tem problemas recorrentes no Sistema Único de Saúde que se manifestam por falta de profissionais e fluxos regulatórios pouco efetivos, que culminam no aumento do tempo de espera e não comparecimento dos usuários às consultas. Esse estudo buscou identificar o perfil dos usuários que não compareceram às consultas e seus motivos alegados. Trata-se de estudo avaliativo seccional com dados coletados em prontuário eletrônico e por entrevista telefônica com 496 usuários. A taxa de absenteísmo foi de 12,2%, com maior número de ausências em Ginecologia e Obstetrícia (25,2%). As pessoas que faltaram eram majoritariamente mulheres, com nível fundamental de escolaridade e idade mediana de 41,4 anos. Ao final de 3 tentativas, foram entrevistadas 273(55%) pessoas. A principal categoria de motivos alegados para não comparecimento foi da gestão do processo regulatório (47%), e, dentro dessa, não ter sido informado sobre a data da consulta (30,7%). A gestão do processo de regulação pode melhorar o acesso ao reorganizar os fluxos e melhorar a comunicação entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Os usuários devem ser valorizados como parte do processo e não objetos da atenção à saúde, cujas voz e ações têm consequências para si e demais cidadãos.

Descritores: Absenteísmo. Serviços de Saúde. Atenção à Saúde. Regulação Governamental.

ABSTRACT

The access to specialized care presents recurring problems in the Unified Health System. These manifests by lack of professionals and ineffective regulatory flows, which culminate in an increase in the waiting time and non-attendance of the users to the consultations. This study aimed to identify the profile of users whom did not attend the consultations and their alleged motives. This is a cross-sectional evaluative study with data collected in an electronic medical record and by telephone

¹Acadêmica do curso de Medicina, Universidade Regional de Blumenau – Blumenau, Santa Catarina – Brasil. E-mail: tauanicordeiro@gmail.com

²Acadêmico do curso de Medicina, Universidade Regional de Blumenau Blumenau – Blumenau, Santa Catarina – Brasil. E-mail: caiojlbrazilero@gmail.com.

³Mestre em Saúde Coletiva. Médica da Prefeitura Municipal de Gaspar. E-mail: helobernardi31@gmail.com.

⁴Professor Doutor do Departamento de Fisioterapia. Universidade Regional de Blumenau - Blumenau, Santa Catarina – Brasil. E-mail: chicoalbiero@gmail.com.

⁵Professor Doutor do Departamento de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Regional de Blumenau. E-mail: erntsh@furb.br.



interview with 496 users. The non-attendance rate was 12.2%, with a greater number of absences in Gynecology and Obstetrics (25.2%). The absence persons were mostly women, with a fundamental level of education and a median age of 41.4 years. After 3 trials, 273 (55%) people were interviewed. The main category of alleged reasons for non-attendance was 'the management of the regulatory process' (47%), and within that, 'to had not been informed about the date of the consultation' (30.7%). Managing the regulatory process can improve access by reorganizing flows and improving communication between professionals and clientes of health services. Clients must be valued as part of the process and not as objects in health care, whose voice and actions have consequences for themselves and other citizens.

Keywords: Absenteeism. Health Services. Health Care. Government Regulation.

INTRODUÇÃO

A porta de entrada e a base de todo o SUS é a Atenção Básica, que deve detectar as demandas de saúde da comunidade, coordenar o cuidado dos usuários - articulando-se com as outras instâncias do sistema - e principalmente, ser resolutiva, assegurando a integralidade da atenção¹. No entanto, apenas os recursos da Atenção Básica não suprem de maneira integral as demandas do usuário. Dessa forma, quando necessário, o paciente pode ser encaminhado para a Atenção Especializada, que tem a possibilidade de oferecer cuidado de maior complexidade².

Nesse contexto, entra o sistema de regulação, que tem a função de elaborar regulamentações sobre os rumos da produção de bens e serviços em Saúde, assim como as atividades que garantem a implantação destas, direcionando suas ações ora para delimitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, ora às chamadas falhas do mercado de saúde³. Uma das estratégias para promoção da regulação assistencial é a organização de centrais de regulação do acesso, a exemplo da regulação ambulatorial, que dentro de suas funções está o controle do fluxo de referência especializada⁴. Apesar de alcançarem sucesso em integrar os recursos de diversas unidades de assistência secundária e terciária, as centrais de regulação enfrentam diversos problemas e críticas, dentre eles a desproporção entre oferta do sistema e a demanda do usuário, grandes filas de espera no agendamento de consulta, e paradoxalmente, uma elevada frequência de não comparecimento⁵⁻⁷.

A taxa de não comparecimento às consultas especializadas e exames agendados, estimada em 25% na rede pública nacional, evidencia um problema crônico na gestão do sistema de saúde⁸. Na rede pública do Grande ABC em São Paulo, em 2013, um a cada quatro pacientes agendados não compareceram às consultas⁹. No município de Vitória da Conquista, localizado no Estado da Bahia, o índice de absenteísmo foi de 27,5% em 2008¹⁰. O problema se repete na região sul, onde no município de Taquara(RS) 30 a 40% falta a consultas especializadas¹¹. Esses dados indicam que o não comparecimento às consultas e exames é um fenômeno que se estende por todo o país.



No entanto, para planejar estratégias que visem reduzir esse problema, é necessário identificar os diversos motivos que levam ao não comparecimento e as características desses usuários para, assim, elucidar as principais necessidades assistenciais e reordenar as estratégias em saúde da região^{7,10}. Um estudo realizado em João Pessoa - PB identificou que os principais motivos relatados pelos usuários foram: adoecimento, esquecimento da data da consulta, percepção de que não precisava mais de atendimento, não conhecimento de que a consulta havia sido agendada, agendamento de consultas simultâneas e atendimento marcado com o especialista errado¹². Bittar e cols.¹³ apontaram que, em um serviço público de cardiologia na cidade de São Paulo, no período de 2011 a 2015 os principais motivos foram: falta de transporte, esquecimento da consulta, falta de condições financeiras, viagem, outras consultas e exames.

Diversos trabalhos têm estudado algumas características do sistema de regulação, em particular no que se refere ao absenteísmo a consultas e exames em diversas metrópoles do país^{2,5,12}. No entanto, em cidades de pequeno e médio porte ainda são escassos estudos sobre as faltas às consultas especializadas e seus motivos, em particular em Santa Catarina.

Este estudo busca avaliar o não comparecimento às consultas especializadas em município de médio porte de Santa Catarina.

MÉTODOS

O estudo foi realizado no município de Gaspar localizado na região do Vale do Itajaí, no Estado de Santa Catarina. A cidade dispõe de uma estrutura para a assistência à saúde composta por 19 Unidades de Saúde, organizadas em 14 Estratégias de Saúde da Família e 5 Unidades Avançadas de Saúde. Além destes, possui 1 Centro de Atenção Psicossocial e 1 Policlínica Municipal. Segundo a prefeitura municipal da cidade de Gaspar são assistidos 67.790 indivíduos e realizados 168.553 procedimentos ambulatoriais, 68.839 consultas médicas de Atenção Básica e 20.938 consultas em especialidades anualmente¹⁴.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa quantitativa de corte transversal que foi realizada no período de abril a agosto de 2017. Os dados foram obtidos junto a Secretaria de Saúde de Gaspar que realizava entrevistas telefônicas com usuários que não compareceram às consultas especializadas e coleta de dados secundários do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SigSS).

A amostra foi composta por indivíduos maiores de 18 anos, residentes no município de Gaspar, Santa Catarina, que fizeram uso do Sistema Único de Saúde e que tiveram falta em consultas especializadas agendadas pelo Sistema de Regulação entre abril e agosto de 2017.



Calculou-se o tamanho amostral considerando uma precisão de 5% levando em conta um absenteísmo antecipado de 40% e um intervalo de confiança de 95%, o que correspondeu a 263 indivíduos. Além disso, adicionou-se 90% do tamanho amostral para possíveis perdas e recusas das respostas. O tamanho amostral foi de 500 indivíduos. Os indivíduos foram selecionados aleatória e proporcionalmente ao número de faltantes em cada mês do período estudado.

As consultas foram categorizadas por especialidades: clínicas (endocrinologia, dermatologia, infectologia, neurologia, cardiologia e psiquiatria), clínico-cirúrgicas (ortopedia, urologia, otorrinolaringologia e ginecologia) e cirúrgicas (cirurgia geral e pequenas cirurgias). As demais especialidades médicas não foram analisadas, pois o atendimento ocorria fora do município de Gaspar, uma vez que a cidade não conta com serviços de saúde para cobrir todas as demandas de saúde da sua população. A especialidade de psiquiatria só foi oferecida pelo município nos meses de abril e maio; enquanto endocrinologia não foi ofertado no mês de agosto. Durante o período do estudo, foram ofertadas 7422 consultas nas especialidades médicas analisadas. Dessas, 906 não foram realizadas em virtude da ausência de usuário.

Os dados referentes ao perfil epidemiológico dos pacientes foram obtidos a partir do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SigSS). Através deste sistema foram coletados os seguintes dados: sexo, data de nascimento, raça, estado civil, escolaridade, bairro e Estratégias de Saúde da Família (ESFs) pertencentes. O número de consultas ofertadas e a lista dos usuários que não compareceram foram fornecidos por funcionários da Secretaria de Saúde de Gaspar.

O estado civil foi classificado em duas categorias: casados e não casados (separados, viúvos, solteiros). As ESFs foram agrupadas em Regiões de Saúde, classificação utilizada pela Secretaria de Saúde de Gaspar para organizar as ESFs. A Região de Saúde I compreende as ESFs Belchior, Margem Esquerda, Lagoa e Centro; a Região de Saúde II as ESFs Barracão, Santa Terezinha e Poço Grande; a Região de Saúde III as ESFs Bela Vista, Jardim Primavera, Figueira e Sete de Setembro; a Região de Saúde IV as ESFs Coloninha, Gasparinho, Alto Gasparinho, Gaspar Grande e Gaspar Alto.

O motivo das faltas foi obtido através de uma ligação telefônica na qual os pacientes eram questionados exclusivamente em dois pontos: se sabiam da consulta e a justificativa do não comparecimento. As respostas foram transcritas na íntegra e exatamente como foram ditas na ligação. Caso o cadastro do SigSS estivesse incompleto, os usuários eram questionados sobre essas informações durante a entrevista telefônica.

Para o contato telefônico foram realizadas três tentativas para cada pessoa, em diferentes dias e horários (manhã, tarde e noite) no período de maio a agosto de 2017. Quando os mesmos não conseguiam ser contatados, os respectivos motivos foram classificados da seguinte forma: número ocupado, número chamou e não atendeu, número desligado ou fora da área de cobertura. Quando o



motivo do não contato era “usuário sem número cadastrado no sistema”, número não existe”, “número não pertence ao paciente” ou “número somente para recados”, as ligações seguintes não eram realizadas e foram classificadas no banco de dados como ignoradas. Além disso, houve um total de 18 ligações não realizadas que foram classificadas como perdas.

Os motivos referidos pelos usuários para não comparecer às consultas agendadas foram categorizados em 3 grandes grupos, com 16 subcategorias, que foram criados de acordo com a familiaridade do motivo referido e ordenados conforme a responsabilidade da evasão à consulta: 1) motivos relacionados a estrutura e processo de regulação (não foi informado a data da consulta, foi a consulta, não sabia que tinha sido encaminhado para a especialidade que foi questionado, consulta foi desmarcada, avisado com pouca antecedência); 2) motivos relacionados ao usuário (achou que não precisava mais da consulta, esqueceu ou confundiu o dia, pagou consulta particular, estava viajando no dia da consulta, atraso para chegar a consulta, não quis consultar com o médico específico e tinha outro compromisso); 3) motivos externos ao usuário e ao processo de regulação (trabalho, morte/doença ou internação própria ou de familiar, falta de transporte para chegar ao lugar da consulta e outros).

Os dados foram digitados no aplicativo EPIDATA (domínio público) sem identificação dos participantes. Inicialmente se calculou a distribuição de frequências absoluta e relativas das variáveis categóricas. As variáveis contínuas foram testadas quanto a sua normalidade (através do teste de Shapiro-Wilk) e calculadas as medidas de tendência central e dispersão. A taxa de não comparecimento foi calculada dividindo o número de faltas dividido pelo número de consultas ofertadas multiplicado por cem. Foram estimadas as possíveis associações entre características dos usuários (pessoais e serviço de saúde que o assiste) e a realização de contato telefônico e motivo de não comparecimento. Para tanto foram utilizados os testes de Mann-Whitney para variáveis contínuas (não paramétrico) e de Qui-quadrado para frequências. Foi aceito um nível de significância de $p < 0,05$.

Este estudo faz parte da pesquisa “Fatores Associados ao não Comparecimento às Consultas Especializadas Agendadas Através do Sistema de Regulação do Município de Gaspar, Santa Catarina”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Regional de Blumenau sob CAAE: 62616816.0.0000.5370 e atende aos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 496 indivíduos. A maioria dos participantes é do sexo feminino (69,8%), com idade média de 42,1 (dp=16,3) e mediana de 41,4 anos e intervalo



interquartilico de 27,3 a 52,9. As demais características sociodemográficas dos participantes estão representadas na Tabela 1.

A taxa de não comparecimento foi de 12,2%. A especialidade com maior taxa foi a Ginecologia e Obstetrícia atingindo 25,2%, seguido pela Neurologia com 19,5% de abstenção. O absenteísmo nas demais especialidades está representada na Figura 1.

Para identificar os motivos para o não comparecimento, foram realizadas 966 ligações sendo que em 693 tentativas o contato com o usuário não foi completado. A figura 2 mostra o fluxo das ligações.

Em relação aos horários que as ligações telefônicas foram realizadas, observou-se que a maior taxa de atendimento às ligações ocorreu no período entre 12h e 12:59h (22,4%), seguido do período entre 17h e 17h59 (15,3%).

As maiores proporções de sucesso de contato nas primeira e segunda tentativas se deu fora do horário comercial (sem significância estatística) e não houve diferença de contato na terceira tentativa nos diferentes horários (Tabela 2).

Das ligações sem sucesso, o principal motivo do não contato foi “número chamar e ninguém atender” (352, 50,8%), seguido de “número fora de área/desligado” (219, 31,6%), “número não existe” (46, 6,6%), “não estava em casa” (31, 4,5%), “número não pertence ao usuário (24, 3,5%), “número ocupado” (10, 1,4%), “outros” 11, 1,6%).

Do total da amostra, foram contatados 273 (55,0%) indivíduos por meio de ligações telefônicas. As características dos participantes segundo o contato telefônico estão na Tabela 1. Dentre os contatados, 4 se recusaram a responder às duas questões formuladas. Dentre os que responderam, 183 (68%) relataram que sabiam da data e horário da consulta agendada, 71 (26,4%) não sabiam e 15 (5,6%) não se lembravam. O principal motivo referido para justificar o não comparecimento à consulta foi “não ter sido informado sobre a data da consulta” (31,2%), seguido de “esqueceu/confundiu o dia da consulta” (10,2%) e “morte, doença ou internação de familiar ou própria” (9,7%). Com relação à responsabilidade pelo absenteísmo, 47% dos motivos relatados foram associados ao funcionamento do Sistema de Saúde. Os demais motivos do absenteísmo podem ser vistos na Tabela 3.

Não se observou associação estatisticamente significativa entre os motivos alegados para o não comparecimento e características estudadas dos usuários.

DISCUSSÃO

A taxa de não comparecimento encontrada em nosso estudo (12%) foi menor quando comparada a outros municípios e a especialidade com maior número de faltas foi Ginecologia e



Obstetrícia. Observou-se que 47% dos motivos para o não comparecimento estão relacionados ao processo de regulação. Dos usuários contatados, 31,2% referiram não terem sido informados sobre a data e horário da consulta. Contudo, chama atenção a dificuldade em contatar os usuários por telefone (cerca de 82% das ligações realizadas não foram atendidas ou o telefone estava fora de área/desligado).

Bittar e cols.¹³ relataram uma taxa de abstenção média de 15% no período de 2011 a 2015, na cidade de São Paulo. Na Grande Vitória, Espírito Santo, o absenteísmo em 2014 foi de 36%¹⁵. No estado de Santa Catarina, em 2017, a evasão às consultas especializadas e exames em Blumenau foi de 20,5%, em Palhoça, 40%, Jaraguá do Sul, 15,4%, Itajaí, 33,3%, Tubarão, 11%, Balneário Camboriú, 15% e São José, 32,19%¹⁶. Contudo, é importante mencionar que a taxa de absenteísmo do nosso estudo pode ter sido subestimada por não incluir as faltas a exames, procedimentos e por considerar somente as consultas especializadas disponíveis em Gaspar (excluídos os agendamentos fora de domicílio).

A especialidade com mais ausências foi Ginecologia e Obstetrícia (25,2%). Nesse caso, houve relatos de mulheres que não compareceram às consultas porque seu problema clínico ginecológico já tinha sido resolvido ou pelo fim da gestação. Por vezes, encaminhamentos a especialistas de ginecologia-obstetrícia poderiam ser evitados com iniciativas como capacitações técnicas dos funcionários, fortalecimento do vínculo profissional, estimulação à educação permanente e da longitudinalidade do cuidado^{17,18} combinado com outros mecanismos de apoio especializado como o matriciamento a partir dos NASF, já muito utilizado na atenção à saúde mental¹⁹.

Problemas de estrutura e do processo de regulação se destacam entre os motivos relatados para justificar o não comparecimento, semelhante ao que foi observado por Cavalcanti et al.¹². A principal categoria mencionada diz respeito à problemas de comunicação (pessoal, por meio eletrônico ou telefônico) entre os serviços e seus usuários.

O principal motivo de não comparecimento às consultas alegado pelos usuários foi não ter sido informado sobre a data e horário da consulta. Nesse estudo não se conseguiu o contato com 238 usuários por telefone, mesmo realizando três tentativas de contato para cada um, em dias e horários diferentes. As categorias “número não cadastrado no sistema”, “número não pertence ao paciente” e “número não existe”, representaram 14,5% dos motivos de não contato, o que pode ser explicado, ao menos em parte, à não atualização do cadastro dos usuários nos sistemas informatizados de dados ou ao preenchimento incorreto das informações. Santos¹⁰ não conseguiu contatar 28,87% dos usuários da pesquisa pela falta de endereço atualizado. Gonçalves et al.²⁰ observaram que 15,58% dos motivos das faltas foram referentes à mudança de bairro ou cidade do usuário.



Alguns usuários referiram que não conseguiram comparecer pois foram avisados com pouca antecedência da data da consulta (4,2%). Isso impossibilita que se organizem, peçam licença do trabalho ou consigam alguém para ficar com os filhos, por exemplo. No entanto, mesmo quando a comunicação aconteceu em tempo hábil, por vezes parece não ter sido efetiva para garantir o acesso do usuário aos serviços secundários. Fluxos ainda organizados de modo tradicional exigem que o usuário compareça nas ESF para obter documentos impressos comprobatórios da marcação da consulta e da ciência do mesmo²¹. Esse fluxo irracional implica duplo contato com o usuário (telefônico e pessoal) com reuso da estrutura administrativo-assistencial (telefone, pessoal, computadores, impressoras, etc.) e demanda gastos de tempo e por vezes dinheiro do usuário.

A via de comunicação inversa também parece ser difícil. Alguns usuários referem ter avisado que não poderiam comparecer a consulta ou solicitaram que fosse desmarcada. Mas o aviso não surtiu o efeito esperado - cessão da vaga para outra pessoa. Além disso, outros usuários referiram que a consulta foi cancelada pela policlínica municipal pela falta de profissionais ou por problemas com equipamentos. Apesar das justificativas alegadas pelos usuários, em ambos os casos o sistema contou essa consulta como não realizada pela falta do usuário.

Cabe enfatizar que objetivo da regulação assistencial nos diversos níveis é garantir o acesso racional dos usuários ao serviço. Nesse sentido as ESFs podem contribuir em uma questão estrutural que se refere a atualização cadastral das pessoas adscritas em sua microárea. Cavalcanti et al.¹² observaram que a taxa de absenteísmo decrescia nos meses em que a visita domiciliar pelos agentes comunitários de saúde era maior.

Algumas iniciativas podem ser consideradas para aumentar a efetividade da comunicação do sistema de regulação como o contato telefônico fora do horário comercial (das 12h às 13h e das 18h às 20h) como sugerem nossos resultados e/ou a terceirização do serviço com a utilização de *call centers*. Albieri et al.²² referem que esse serviço foi capaz de reduzir o absenteísmo em 9% e aumentar 5% a taxa de vagas canceladas ou desmarcadas pelo usuário através de ações como: informar o paciente com 15 dias de antecedência e retomar o contato 2 dias antes da consulta, via SMS. Além disso, a utilização de mídias sociais como forma de contatar os usuários podem e devem ser testadas e avaliadas.

Contudo, a melhora da comunicação no processo de regulação vai além dos meios, formato ou horários de contato. Autores sugerem que explicar ao usuário os processos envolvidos no encaminhamento e informá-lo sobre as consequências de sua ausência pode colaborar para diminuir a taxa de evasão²¹. Além disso, passa pela valorização do diálogo, na disposição para uma escuta qualificada das demandas, queixas e sugestões dos usuários. Outros autores enfatizam que problemas de comunicação se fazem presente também entre os demais atores (gestores, reguladores e



profissionais da atenção primária), não por problemas estruturais, mas na disposição de se comunicar²³. Iniciativas como a realização de encontros dialógicos na forma de oficinas entre profissionais produziu redução de encaminhamentos e exames²⁴.

Os usuários relataram atitudes e comportamentos próprios para justificar o não comparecimento em 32% das situações. Confundir ou esquecer a data e horário da consulta foi responsável por 10,2% das faltas, motivo recorrente, também, em Mesquita - RJ²⁵ e em Florianópolis - SC.²¹ Não querer ser atendido pelo médico específico (1,1%) sugere algum tipo de experiência negativa anterior. Ter outro compromisso e chegar atrasado a consulta somaram 7,5% em nosso estudo. Isso pode sugerir que os usuários tivessem outras prioridades que o cuidado com a saúde naquele dia. Ainda em relação a responsabilidade dos usuários, 5,7% relataram que não compareceram às consultas por terem consultado com médicos particulares previamente. De acordo com o julgamento dos usuários, a consulta especializada estava demorando demais. Essa impressão tem lastro real no SUS em virtude da alta demanda combinada com oferta insuficiente de consultas em especialidades, realidade manifesta aqui mas presente em diferentes municípios e regiões do Brasil^{23,26,27}.

Há na maioria dos motivos alegados para não comparecer juízos de valores e atitudes por parte dos indivíduos enquanto usuários do SUS. Ao não comparecerem mandam um recado: que tiveram suas necessidades assistenciais “resolvidas” fora do SUS. Por outro lado, ao não informarem, previamente, sua ausência ao sistema de regulação, aumentam um círculo vicioso com ônus aparente para o sistema, que acaba por não ofertar o acesso a outras pessoas. Aparente, por que quem perde são as pessoas, não o sistema.

Ao esquecer a consulta, recusar um médico, chegar atrasado e perder a consulta ou pagar uma consulta particular essas pessoas deixam uma posição de “objeto” que necessita de algo do sistema de regulação e reagem ativa e individualmente diante do sistema. Mas como não se trata de uma posição pró-ativa, de quem se vê como sujeito de direito, como cidadão que é parte do sistema e que pode contribuir para melhorar o processo, não só para si mas para a coletividade, através de mecanismos de participação social instituídos.

O SUS tem garantido espaços institucionais de participação através dos conselhos locais e municipais de saúde²⁸. No nosso estudo, as pessoas que não compareceram às consultas foram predominantemente do sexo feminino, com idade mediana de 41 anos e com ensino fundamental, semelhante ao relatado em outros estudos^{10,12,20,29}. Contudo, Vaz³⁰, aponta que o perfil dos participantes em mecanismos de controle social são pessoas do sexo masculino e com escolaridade mais elevada, com tempo para se dedicar à participação e entendimento sobre diretrizes e normas de funcionamento do sistema. Em resumo, parece que o perfil das pessoas com dificuldades de acesso e



que não comparecem às consultas especializadas não é o mesmo daqueles que participam de mecanismos de controle social.

Bispo Junior e Martins³¹ apontam para problemas dos conselheiros locais quanto a representatividade, desmotivação para assumir atividades voluntárias e sensação de despreparo ao analisar o desempenho de Conselhos Locais. Mas mesmo a participação nos conselhos de saúde não é sinônimo de pró-atividade para a melhoria do acesso. Alertam ainda que ao participar, muitos conselheiros estão pautados na resolução imediata de seus problemas privados em relação às necessidades da comunidade que deveria representar.

Por fim, 16% das faltas foram justificadas por fatores externos. Dentre esses, o motivo mais destacado foi o de morte, doença ou internação de familiar ou do próprio usuário, representando 9,5% do absenteísmo total. Cavalcanti et al.¹² encontraram um motivo semelhante, categorizado como adoecimento, que representou 21,7% do total do absenteísmo. Bittar et al.¹³ encontraram um motivo similar em 3,1% das justificativas do absenteísmo.

Destaca-se ainda que 4,2% do absenteísmo total atribuído a motivos relacionados ao trabalho. Gonçalves e cols.²⁰ encontraram como principal motivo das faltas em consultas odontológicas o atendimento ser agendado em horário de trabalho, representando 28,05% do total das faltas. Izecksohn e Ferreira³² argumentam que muitos usuários não comparecem às consultas agendadas em expediente de trabalho por medo de serem demitidos do emprego, pois “seu empregador não aceita atestado ou o patrão vê com desconfiança aquele que vai às consultas no horário de expediente”. Oferecer consultas médicas fora do expediente de trabalho do usuário, como no período noturno, tanto da atenção primária quanto secundária, de modo que todos os indivíduos pudessem ter acesso a assistência com uma atenção integral, também pode colaborar para diminuir o absenteísmo²⁵.

Esse estudo apresenta algumas limitações. Inicialmente, não se teve acesso à lista das vagas ofertadas em cada especialidade por idade, não sendo possível subtrair os pacientes menores de 18 anos. Para minimizar o erro desses dados e, por consequência, das taxas de absenteísmo, foi descontado das vagas ofertadas por especialidades a porcentagem de indivíduos abaixo de 18 anos encontrada na lista dos usuários faltantes. Outro possível limitador está relacionado ao telefone da secretaria de saúde que as ligações eram realizadas: o número aparecia como desconhecido para os usuários que eram contatados por número de celular, o que pode ter provocado o principal motivo de não contato, que “foi chamar e não atender”. Por fim, esperava-se obter uma amostra de 600 pacientes composto por usuários que não compareceram às consultas nos meses de abril a setembro de 2017. Isso afetou o poder estatístico do estudo. No entanto, o estudo parece não apresentar viés amostral, pois ao comparar os indivíduos que atenderam aos que não atenderam a ligação, não foi observado



diferença estatística significativa, o que permite inferir que os motivos do não comparecimento, assim como as características epidemiológicas da amostra, são semelhantes para todos os usuários do estudo. Além disso, também não houve associação estatística significativa ao comparar as características dos usuários aos motivos referidos para as faltas.

CONCLUSÃO

Apesar da frequência de não comparecimento às consultas especializadas observada ser baixa se comparada a outros estudos nacionais, ela remete aos problemas existentes no processo de regulação do acesso a partir do ponto de vista do usuário: falta de vagas, demora para conseguir vagas, problemas estruturais e processuais de comunicação e fluxos pouco racionais.

Melhorar o acesso depende de medidas estruturais, mas principalmente do comprometimento dos atores (gestores, reguladores, especialistas, generalistas e usuários) com o processo da regulação. Para tanto, o diálogo entre os atores deve ser tomado como método principal na busca da resolução dos problemas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil.Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde; 2012. 110 p.
2. Serra CG, Rodrigues PHA. Evaluation of reference and counter-reference in the Family Health Program at the Metropolitan Region of Rio de Janeiro (RJ, Brazil). *Cienc e Saude Coletiva*. 2010;15(SUPPL. 3):3579–86.
3. Mendonça CS, Reis AT, Moraes JC. A política de regulação do Brasil. OPAS; 2006. 115 p.
4. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*. 2012;36(95):640–7.
5. Albuquerque MSV, Lima LP, Costa AM, Filho DAM. Regulação assistencial no recife: Possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saude e Soc*. 2013;22(1):223–36.
6. Farias SF, Gurgel GD, Costa AM, Brito RL, Buarque RR. A Regulação no setor público de saúde no Brasil: Os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Cienc e Saude Coletiva*. 2011;16(SUPPL. 1):1043–53.
7. Silva MEM. O processo de tomada de decisão para o agendamento de consultas especializadas em centrais de regulação: proposta de um modelo baseado em análise multicritério. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
8. 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 Saude Publica*. 2014;30(5):1009–17.



9. Moraes T. Pacientes faltam a 25% das consultas do SUS. *Diário do Grande ABC*. 24 de março de 2013;
10. Santos JS. Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados no agendados no SUS: um estudo em um município baiano. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal da Bahia; 2008.
11. Linden V. Desistencia de pacientes em consultas preocupada Secretaria de Saúde de Taquara. *Jornal Panorama*. 10 de julho de 2017.
12. Cavalcanti R, Cavalcanti RP, Cavalcanti JCM, Serrano RMSM, Santana PR. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2013;7(2):Pág. 63-84.
13. Bittar OJ, Magalhaes A, Martines CM, Felizola NB, Falcao LH. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. *Bol Epidemiol Paul*. 2016;13(152):19–32.
14. Prefeitura Municipal de Gaspar. Site Oficial [Internet]. 2019 [citado 10 de setembro de 2016]. Available at: www.gaspar.sc.gov.br
15. Madeira F. Quase metade dos pacientes falta a exames e consultas no SUS. *Gazetaonline*. 14 de setembro de 2015;
16. Weiss C. Uma falta a cada cinco consultas. *Diario Catarinense*. 3 de março de 2017;20–1.
17. Tesser CD, Poli Neto P. Specialized outpatient care in the unified health system: How to fill a void. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(3):941–51.
18. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde em Debate*. 2014;38(103):733–43.
19. Cunha GT, Campos GW. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Soc*. 2011;20(4):961–70.
20. Gonçalves, Claudia Ângela Lima Vazquez F, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC, Sarracini KLM, Guerra LM, et al. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: Uma pesquisa-ação. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015;20(2):449–60.
21. Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Espaço para a Saúde*. 2010;11(2):56–65.
22. Albieri FAO, Desiderá L, Malaquias AK, Moreira RA, Fillipi Jr J, Puccini PT. Gestão de Fila de Espera da Atenção Especializada Ambulatorial : Resgatando o passado e buscando um novo olhar para o futuro. São Paulo; 2014.
23. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Júnior GD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: Revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Cienc e*



Saude Coletiva. 2014;19(4):1283–93.

24. Albieri FAO, Cecilio LCO. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde em Debate*. 22 de março de 2016;39(spe):184–95.

25. Torezani GS. Estudo sobre as Faltas às consultas e seus motivos : uma análise da comunidade Sete Anões – Mesquita / RJ. [Trabalho de Conclusão de Curso Especialização]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015.

26. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, Nunes EFPA. Difficulties in accessing services that are of medium complexity in small municipalities: A case study. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(4):1109–20.

27. Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Iniquidades intermunicipais no acesso e utilização dos serviços de atenção secundária em saúde na região metropolitana de Curitiba. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(3):654–67.

28. Bretas ACP. Participação Social No Sus. In: *Especialização em Saúde da Família Turma 3- Unidades de Conteúdo*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2012. p. 1–10.

29. Almeida GL, Garcia LFR, Almeida TL, Bittar TO, Pereira AC. Estudo do perfil sócio-econômico dos pacientes e os motivos que os levaram a faltar em consultas odontológicas na estratégia de saúde da família em uma distrital de Ribeirão Preto/SP. *Brazilian Dent Sci*. 2010;12(1):77–86.

30. Vaz ACN. Modelando a participação social: uma análise da propensão à inserção em instituições participativas, a partir de características socioeconômicas e políticas. *Rev Bras Ciência Política*. 2013;(10):63–106.

31. Bispo Júnior JP, Martins PC. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: Dilemas entre institucionalização e efetiva participação. *Physis*. 2012;22(4):1313–32.

32. Izecksohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2014;9(32):235–41.



TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos usuários que não compareceram e foram ou não contatados SC.

Variável	Total		Teve contato telefônico				p
	N	(%)	Sim		Não		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Sexo (n=496)							
Feminino	346	(69,8)	201	(73,6)	145	(65,0)	0.038
Masculino	150	(30,2)	72	(26,4)	78	(35,0)	
Idade (n=496)							
Mediana	41,4	(27,3-52,9)	41,8	(28,4-54,6)	40,5	(26,2-51,3)	0,066
Estado civil (n=351)							
Casado	238	(67,8)	173	(65,8)	65	(73,8)	0.16
Não casado	113	(32,2)	90	(34,2)	23	(26,2)	
Raça/Cor (n=495)							
Branca	442	(89,3)	247	(90,5)	195	(87,8)	0.345
Parda/negra/amarela	53	(10,7)	26	(9,5)	27	(12,2)	
Escolaridade (n=453)							
Analfabeto	3	(0,7)	2	(0,7)	1	(0,5)	0.994
Fundamental	298	(65,8)	178	(65,4)	120	(66,3)	
Médio	129	(28,5)	78	(28,7)	51	(21,2)	
Superior	23	(5,1)	14	(5,2)	9	(5,0)	
Unidades de Saúde (n=477)							
Região de Saúde I	121	(25,4)	66	(24,7)	55	(26,2)	0.935
Região de Saúde II	127	(26,6)	71	(26,6)	56	(26,7)	
Região de Saúde III	113	(23,7)	61	(25,5)	45	(21,4)	
Região de Saúde IV	116	(24,3)	62	(23,2)	54	(25,7)	
Especialidades (n=496)							
Clínico-cirúrgicas	301	(60,7)	154	(56,5)	147	(65,9)	0.072
Cirúrgicas	28	(5,6)	19	(6,8)	9	(4,0)	
Clínicas	167	(33,7)	100	(36,7)	67	(30,1)	

Fonte: SIGS, 2017 – Secretaria de Saúde Gaspar.

**Tabela 2.** Resultado das tentativas de contato telefônico de acordo com horário das ligações

Tentativa de contato	Horário				p
	12h-13h e 18h-20h		08h-12h e 13h-18h		
	N	(%)	N	(%)	
1ª tentativa (n=496)					
Sim	81	34,6	78	29,8	0,248
Não	153	65,4	184	70,2	
2ª tentativa (n=289)					
Sim	35	30,2	40	23,1	0,180
Não	81	69,8	133	76,9	
3ª tentativa (n=181)					
Sim	13	22	26	21,3	0,912
Não	46	78	96	78,7	

Fonte: SIGS, 2017 – Secretaria de Saúde Gaspar.

Tabela 3. Motivos alegados pelos usuários para o não comparecimento às consultas.

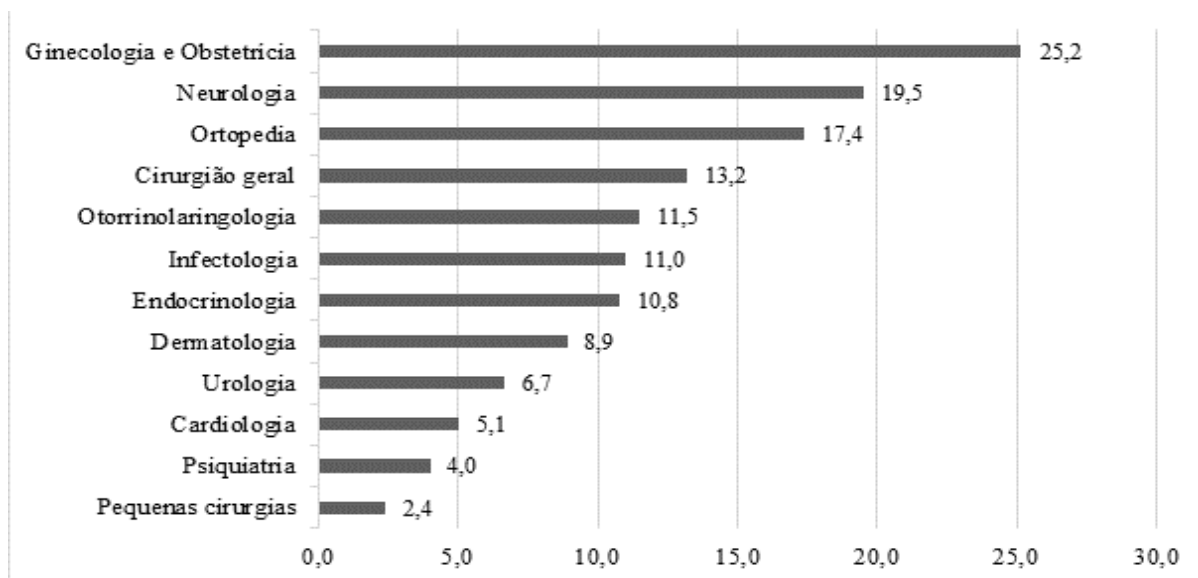
Categorias	Motivo	N	%
Processo de regulação (n=126, 46,8%)	Não foi informado a data da consulta	84	31,2
	Foi a consulta	16	6,0
	Não sabia do encaminhamento	10	3,7
	Consulta desmarcada	13	4,8
	Avisado com pouca antecedência	3	1,1
Usuário (n=85, 31,6%)	Achou que não precisava mais	13	4,8
	Esqueceu/Confundiu	28	10,4
	Pagou consulta particular	15	5,6
	Estava viajando	6	2,2
	Atraso para chegar a consulta	12	4,5
	Não quis consultar com o médico	3	1,1
	Outro compromisso	8	3,0
Fatores Externos (n=58, 21,6%)	Trabalho	11	4,1
	Morte, doença ou internação de familiar ou própria	26	9,7
	Falta de transporte	7	2,6
	Outros	14	5,2
Total		269	100

Fonte: SIGS, 2017 – Secretaria de Saúde Gaspar.



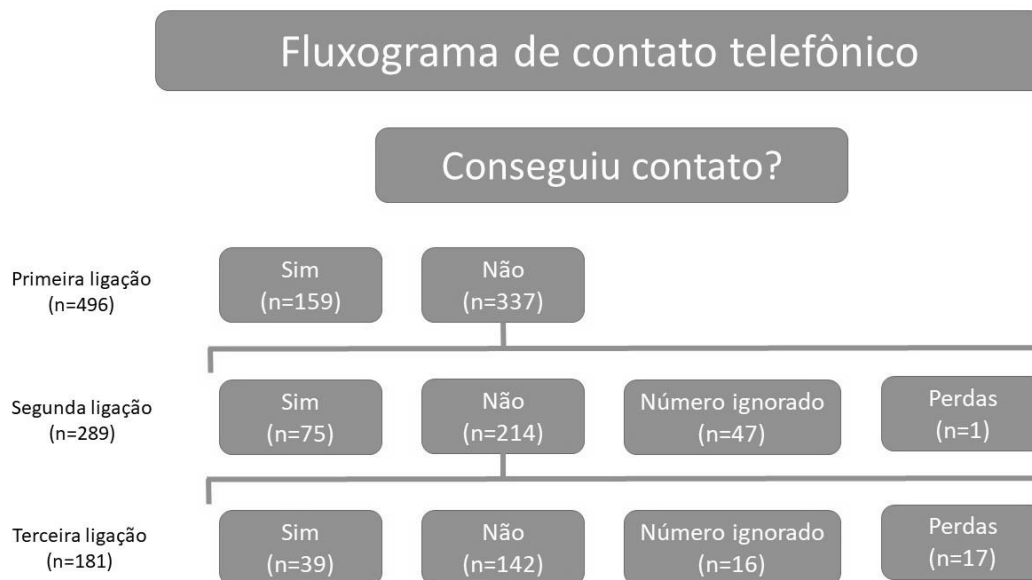
FIGURAS

Figura 1. Percentual de não comparecimento às consultas por especialidade.



Fonte: SIGS, 2017 – Secretaria de Saúde Gaspar.

Figura 2. Fluxograma de contato telefônico.



Fonte: SIGS, 2017 – Secretaria de Saúde Gaspar.