

Absenteísmo em consultas especializadas referenciadas por unidade básica saúde da família: estudo de caso

Cesar Francisco Silva da Costa, Priscila Munhoz Duarte, Helena Heidtmann Vaghetti

Como citar este artigo:

Costa CFS, Duarte PM, Vaghetti HH. Absenteísmo em consultas especializadas referenciadas por unidade básica saúde da família: estudo de caso. Revista Saúde (Sta. Maria). 2018; 44(1):1-10.

Autor correspondente:

Priscila Munhoz Duarte
E-mail: priscilamunhozduarte@hotmail.
Telefone: 53 32310241
Formação Profissional: Enfermeira
Filiação Institucional: Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
Link para o currículo
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5459935771320750>
Endereço para correspondência:
Rua: Barão de Cotegipe, 492, apt. 201. Rio Grande/RS.
Bairro: Centro. CEP: 96.200-290

Data de Submissão:

29/12/2015

Data de aceite:

08/04/2018

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse.



RESUMO

O estudo teve por objetivo identificar causas do absenteísmo em consultas referenciadas para especialidades médicas. Realizado estudo de caso tendo como sujeitos os usuários assistidos pela Estratégia Saúde da Família de um município no sul do Brasil, que no ano de 2013 não compareceram a consultas agendadas. Foram fontes de evidências a documentação de encaminhamento emitidas pela Unidade Básica de Saúde e pela Central de Marcação de Consultas e as entrevistas realizadas com os usuários. Os dados encontrados foram categorizados e analisados utilizando-se a técnica de análise textual discursiva, onde as categorias delineadas foram: Tempo de espera para consulta; Aviso da data e horário da consulta; Motivo do não comparecimento. Concluiu-se que os documentos a serem encaminhados para a Central de Marcação exigem atenção criteriosa. O acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde aos usuários antes e pós-consulta é uma ação para diminuir o absenteísmo. A solução exige conscientização dos usuários.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Absenteísmo; Regulação e Fiscalização em Saúde; Estratégia Saúde da Família.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, obedecendo aos princípios de regionalização e hierarquização. Outras leis, portarias e normas foram criadas na perspectiva de garantir ações e serviços de saúde mais eficazes.^{1,2}

A temática da regulação assistencial no SUS surge com a Norma Operacional da Saúde (NOAS 01)³, com uma concepção limitada de resolubilidade de rede, dirigida apenas à média e à alta complexidade, não incluindo, portanto, a atenção básica como componente central do processo.⁴ Em 2008 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulamentação SUS, através da Portaria GM Nº 1.559, tendo por objetivo as ações da regulação de sistemas de saúde municipais, estaduais e nacional.⁵

A regulação de sistemas de saúde está vinculada a distintas ações tais como: regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação, podendo ser entendida tanto como o controle de acesso dos usuários aos serviços de saúde quanto como um ato de regulamentar e de elaborar regras.⁶ No entanto, ainda que previsto em legislação, alguns fatores interferem diretamente quanto à distribuição e utilização de bens e serviços de saúde, sendo o absenteísmo um destes fatores que pode contribuir para o desperdício de recursos e tempo.⁷

O absenteísmo do usuário no sistema de saúde é o ato de não comparecer às consultas e aos procedimentos agendados no SUS. Esta prática gera desperdícios de recursos públicos, desorganiza a oferta de serviços, limita a garantia da atenção nos diversos níveis de assistência e retorno dos usuários faltosos ao fluxo de marcações de consultas e exames.⁸ Sendo, portanto, um problema de grande extensão na área da saúde que não afeta apenas consultas para especialidades médicas, mas também atinge áreas como a odontologia^{9, 10} e da cirurgia.¹¹

Para atender estas demandas, o processo de regulação no SUS ordena e orienta os fluxos assistenciais, com responsabilidades na relação entre a gestão e os vários serviços de saúde, bem como a relação entre esses serviços. É definida como processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de consultas, internações, procedimentos/exames, observando também o cumprimento de protocolos estabelecidos, dimensionando a oferta, evitando fluxos paralelos quando baseados em critérios não científicos ou não pactuados, bem como em relações pessoais.¹²

Verifica-se, no entanto, que a regulação em saúde não ocorre de forma eficaz ou contextualizada, sendo preciso entender o que é um processo técnico, científico e político de intervenção no sistema de saúde e de coordenação da integração dos sistemas municipais, a fim de adequar a oferta e a demanda.¹³

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal porta de entrada do sistema local de saúde, atua sob a forma de trabalho em equipe, dirigido às populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, auxilia no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território.^{14,15} Sob esta lógica na assistência na saúde, ao assumir a responsabilidade pela população adstrita, quando não é possível a resolução da necessidade do usuário na atenção básica, este é encaminhado aos demais níveis de atenção, sendo este um ponto crítico pela demora no atendimento médico especializado, exames complementares e internações hospitalares.¹⁶

Neste cenário, apresentamos para estudo o caso do município do Rio Grande, que é referência para as cidades da 3ª e 7ª Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul em consultas especializadas, abrangendo uma extensa lista de Unidades Básicas de Saúde e ambulatoriais as quais são reguladas por uma Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE).¹⁷ Por consequência faz-se necessário uma verificação constante entre o número de consultas oferecidas e as efetivamente utilizadas, bem como as consultas que foram ofertadas, no entanto não houve o atendimento ao usuário (absenteísmo).

Assim, no intuito de contribuir com as questões da gestão aos serviços de saúde este estudo teve por objetivo: identificar as causas do absenteísmo dos usuários atendidos pela ESF em consultas referenciadas para especialidades médicas.

Metodologia

Trata-se de um Estudo de Caso, por ser “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não

são claramente evidentes”. 18:39

Para este Estudo de Caso, a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) São Miguel I (unidade integrada de análise 1) e a Central de Marcação de Consultas Especializadas da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande/RS (unidade integrada de análise 2) foram consideradas como caso que compõem o estudo.

As unidades de análise foram as especialidades médicas para as quais as consultas foram agendadas, porém não houve o comparecimento do usuário na data marcada para a consulta, e o motivo alegado pelo usuário para o seu não comparecimento.

Os sujeitos foram 18 usuários residentes na área de cobertura da ESF São Miguel I que tiveram no ano de 2013, consultas para especialistas agendadas pela CMCE para as seguintes especialidades: cardiologia (10 usuários) e ginecologia (8 usuários), e não compareceram na data conforme agendamento. O critério adotado para a escolha das especialidades médicas para o estudo foi, o maior quantitativo numéricos de consultas marcadas no ano 2013 para a UBSF São Miguel I na especialidade de cardiologia com 385 consultas, e na especialidade de ginecologia com 167 consultas.¹⁷

O contato foi realizado por meio de ligação telefônica, sendo marcada com os usuários uma data, horário e local para a realização da entrevista.

O critério de inclusão dos sujeitos foi: aqueles que não compareceram às consultas marcadas e que atenderam ao chamado telefônico para entrevista. Os que se recusaram a participar da entrevista foram considerados perdidas.

A Fonte de Evidências 1 foi o levantamento documental, inicialmente identificando de que forma está estruturado o Sistema de Referência e Contrarreferência (R/CR) na rede de atenção à saúde a nível local. Em segundo lugar, identificando o quantitativo de consultas ofertadas e utilizadas. Para esta evidência foi utilizado o banco de dados da CMCE. Também foi realizada a coleta de informações da documentação relativa a normas e regras da ESF quanto a forma de encaminhamento das solicitações de consultas e comunicação ao usuário da data marcada para consultar.

A localização do endereço dos usuários foi nos prontuários da UBSF, e a confirmação do usuário foi via telefone. O contato dos pesquisadores com os usuários deu-se com o acompanhamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A Fonte de Evidências 2 foram as entrevistas individuais com os usuários que não compareceram as consultas agendadas. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas de forma a evitar vícios de linguagem. O período de realização das entrevistas foi entre agosto e outubro de 2014.

O corpus foi analisado a partir do conjunto de documentos, conforme a Análise Textual Discursiva.¹⁹

A análise dos documentos da CMCE teve como intenção identificar de que forma está estruturada a rede de atenção à saúde para o Sistema de R/CR a nível local, o quantitativo de consultas agendadas e realizadas e o quantitativo de consultas agendadas e o não comparecimento do usuário para consulta.

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.²⁰ O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande – CEPAS/FURG, parecer 105/2014. A identificação dos sujeitos da pesquisa foi preservada, sendo utilizadas siglas que seguiram a especialidade médica selecionada para o estudo e o número da entrevista: SC1; SC2...; para os sujeitos relacionados à especialidade de cardiologia. E SG1; SG2..., para os sujeitos relacionados à especialidade de ginecologia.

RESULTADOS:

Evidência 1

Quanto à caracterização da UBSF, percebe-se que existe um grande número de usuários cadastrados, ocasionando uma alta demanda de atendimentos médicos e de enfermagem, consequentemente aumentando a procura por consultas para especialistas. A UBSF conta com duas equipes atendendo duas áreas. Cada uma com aproximadamente 2.100

usuários cadastrados.

Foram disponibilizados documentos utilizados na UBSF, numa sequência de organização, desde o agendamento da consulta pelo usuário até a devolução da mesma com data marcada: Protocolo de Informações para Agendamento na CMCE; Protocolo de Solicitação de Consulta, Protocolo para Recebimento de Solicitação de Agendamento de Consultas para Especialistas; Documento de Aviso de Consulta Marcada; Boletim de R/CR.

O documento utilizado na CMCE foi o Relatório de Agendamento de Consultas, disponibilizado no sistema virtual utilizado pela Secretaria Municipal da Saúde, onde constam os nomes, endereços e telefones dos usuários, assim como as consultas marcadas para as especialidades.

Segundo a CMCE é estimado em 10% o índice de usuários que não comparecem as consultas por especialidades. O que resulta em 39 usuários para a especialidade de Cardiologia e 16 usuários para a especialidade de Ginecologia.

Evidência 2

Os dados analisados foram categorizados com base nas questões norteadoras do roteiro de entrevista, e, a partir disso, delinear-se três categorias, a saber: Tempo de espera para uma consulta; Aviso da data e horário da consulta; e Motivo do não comparecimento.

Tempo de espera para consulta

O excesso de faltas às consultas programadas na atenção básica expressa o desperdício de recursos, a falta de continuidade do cuidado, o prejuízo na organização do processo de trabalho da equipe, bem como o aumento na fila de espera e na demanda por urgência e emergência.¹⁴ Um dos motivos encontrados para o excesso das faltas às consultas foi o longo tempo de espera para a consulta ou retorno para uma nova consulta. Este fator foi identificado durante a realização da pesquisa e pode ser observado conforme as falas dos entrevistados SC1; SC3; SG1 e SG4.

Uma vez não consultei porque demorou muito e desisti. E outra vez, marquei consulta, sofri um acidente no dia que estava indo consultar, e sofri o acidente antes de chegar lá. Aí avisei, mas depois eu não quis insistir porque ia demorar muito tempo (SC 1).

Demorou. Na verdade eu pedi a consulta e esperei. Passou mais ou menos uns 8 meses e fui novamente ver se já tinha chegado a consulta. [...] eu ia toda hora lá perguntar [...] ai quando eu consultei de novo, o Dr me disse que eu falei a última consulta antes daquela (SC 3).

Não demorou muito, uns dois meses mais ou menos. A demora foi mais para remarcar exames (SG 1).

Essa consulta não demorou muito porque eu fui fazer um CP (citopatológico) e a enfermeira tinha suspeitado de um problema, então não demorou muito, acho que uns 3 ou 4 meses (SG 4).

Na identificação de fatores relacionados às ausências dos usuários nas consultas especializadas referenciadas por UBSF, o prazo de espera varia conforme a especialidade requisitada e a oferta do município e não há padrão quanto à antecedência com a qual o usuário deva ser avisado.

O tempo de espera do usuário em relação à data da marcação até a data da consulta na grande maioria é longo, onde muitas vezes o usuário desiste de consultar, ou por não ter alternativa espera durante meses para a realização da consulta.²¹ A função das CMC é contribuir para a regulação das ações de saúde ao administrar as consultas especializadas, geradas pelas unidades básicas de saúde nos Municípios.¹³

A ausência dos usuários é gerada pela demora na marcação, baixa oferta de alguns procedimentos, falta de recursos financeiros dos usuários para ir até as clínicas e falta de um acompanhante⁸, e ainda, a melhora do sintoma que ocasionou o agendamento e atendimento médico prévio.²²

Sendo assim, acreditamos que a comunicação entre a CMC, UBSF e ACS deve ser eficaz, evitando situações como, por exemplo, do usuário que foi comunicado pelo médico da sua consulta anterior, dizendo que o mesmo havia faltado.

A visão holística do cuidado em saúde torna o cuidado específico e individualizado, com assistência em todas as

dimensões biopsicossocial.²³ As competências do enfermeiro se inter-relacionam, desenvolvendo-se em conjunto com funções administrativas, através do planejamento, coordenação, direção e controle. Essas competências são ferramentas importantes para o sucesso do desenvolvimento do seu papel frente à comunidade.²⁴

Com esta característica foi possível identificar a participação decisiva do enfermeiro para realizar o plano de cuidado para o usuário, assim como a promoção e prevenção da saúde. Sendo relatada na fala do usuário SG 4, ao dizer que sua consulta não demorou muito tempo graças a agilidade da enfermeira em marcá-la, devido a identificação de uma anormalidade durante a realização de um exame.

Aviso da data e horário da consulta

Foi possível perceber que praticamente todos foram avisados pelos seus ACS. Sendo essa uma atribuição de grande responsabilidade, pois é muitas vezes através do ACS que o usuário obtém a informação de que sua consulta para o especialista solicitado foi marcada. Observa-se essa afirmação através das falas dos sujeitos SG 2, SG 5 e SG 8.

Pela agente comunitária do posto, ela vem me avisar (SG2).

A agente comunitária que veio aqui na minha casa me avisou da consulta (SG5).

A agente que vem aqui na minha casa, me avisou que minha consulta já estava lá no posto e que eu poderia retirar (SG 8).

O ACS é considerado como personagem-chave na organização da assistência, na medida em que assume uma posição bidirecional, pois é morador da comunidade em que trabalha e, simultaneamente, integrante da equipe de saúde.²⁵

Pode-se perceber que todos os entrevistados mostraram uma intimidade e confiança no ACS da sua área de cobertura, sendo essa a base para o bom desenvolvimento do seu trabalho perante a comunidade, pois é ele quem vivencia as facilidades e dificuldades caracterizadas pelo usuário.

Apenas um usuário relata que não foi avisado da data, horário e local da consulta. Alega ter consultado apenas por estar hospitalizado. Esse é dos grandes problemas encontrados em relação ao absenteísmo, a falta de comunicação e aviso dos sistemas de referência e contrarreferência para com o usuário, trazendo assim uma grande insatisfação e desperdício para os sistemas, perdendo consultas que poderiam ser realizadas ou transferidas para outro usuário. A fala do sujeito SC 8 confirma essa condição.

Olha. Nunca me avisaram de nada e não consultei. Só agora eu estou consultando com os médicos porque estou baixado [...] (SC8).

No processo de trabalho do ACS o primeiro elemento facilitador é a comunicação com as famílias atendidas. Sabe-se que muitos problemas enfrentados pelas equipes de saúde podem ser atribuídos à falha na comunicação entre os integrantes. Logo, melhorar a comunicação entre os sistemas de referência e contrarreferência poderá contribuir para a construção de soluções para diminuir casos de absenteísmo.^{21,26}

Contribuem para o absenteísmo consultas agendadas sem o conhecimento do usuário, sendo essas marcadas em horários inconvenientes, não levando em consideração o melhor dia ou período, não considerando inclusive os horários de trabalho do usuário.²⁷ Soma-se a isso a possibilidade de usuário não ter sido avisado da marcação.^{22,28}

É possível reconhecer que a atenção básica apresenta limitações para a operacionalização de soluções ao absenteísmo. Entretanto, deve responsabilizar-se, atuando junto à população adstrita com ações que fortaleçam a autonomia da comunidade.²¹ Nesta direção, o absenteísmo pode ser minimizado com a implementação da rotina de confirmação do usuário por telefone, sugerindo-se que esta seja realizada na antevéspera do evento, a fim de convocar outro usuário e desse modo não deixar a vaga ociosa.¹¹

Motivo do não comparecimento

Identificamos diversos motivos pelas faltas às consultas, cada um com sua justificativa. Alguns usuários falaram sobre o assunto com naturalidade, sem preocupar-se com a falta na consulta, alegando que mesmo esperando alguns meses faz uma nova solicitação para consultar. Outros reconheceram que a sua ausência à consulta marcada prejudica outros usuários e atrasa seu acompanhamento e tratamento.

Percebeu-se a pouca preocupação do cuidado preventivo entre os usuários, onde a solicitação da consulta é feita apenas quando este apresenta algum sintoma ou percebe alguma anormalidade em relação à saúde no seu dia a dia. Essa situação demonstra a necessidade de intensificar ações de promoção da saúde, já existentes na UBSF.

Identificamos que nem sempre os motivos estão relacionados diretamente ao sujeito, mas sim a eventualidades que podem ocorrer no local da consulta. As falas dos sujeitos SC 7, SC 9 e SC 10 trazem essa afirmação.

Só uma não fui, porque foi no ano passado que teve aquela greve geral, ai fui lá conversei com a atendente e ela me disse que ia agendar para outro dia, ai foi agendada para outro dia e não pude ir porque nesse dia não tinha quem fosse comigo (SC 7).

[...] e na penúltima ligaram para dizer que ele estava atendendo em horário diferente, ele sempre atende de manhã e aquele dia era de tarde [...] (SC 9).

[...] uma consulta foi transferida [...] o cardiologista que eu fui que estava marcado não foi porque a mulher dele tinha ganhado nenê, mas ai a guria já marcou pro outro dia [...] (SC 10).

As falas acima trazem a necessidade de que antes de realizar a remarcação da consulta, verificar a disponibilidade do usuário para que exista um consenso de datas e horários, possibilitando assim o seu comparecimento.

Um relato que chamou a atenção foi o do sujeito SC 4, que não pode consultar, pois no dia da consulta não levou consigo o Cartão SUS.

Eu fui, mas eu cheguei lá e a moça não quis fazer a ficha de atendimento para mim porque eu não tinha levado o cartão do SUS [...] ela tinha tudo lá, número do cartão e eu estava com a identidade e CPF. Só faltava o Cartão do SUS e ela não quis fazer [...] (SC 4).

Essa situação compromete o atendimento do usuário e aumenta os índices de absenteísmo. Concordamos com a necessidade de protocolos de atendimentos a serem seguidos na instituição onde é realizada a consulta. Porém, o fato de o usuário não portar no momento da consulta o Cartão SUS não seria um motivo plausível para a não realização da mesma, gerando assim um constrangimento para o usuário e fazendo com que o mesmo entre novamente na fila de espera para solicitar uma nova consulta.

A flexibilização para o impedimento dos usuários de consultar seria uma medida plausível, pois com esta conduta seria possível evitar desperdícios para a instituição, inconveniências para o usuário que foi até o local, bem como com a diminuição da sobrecarga nos sistemas de R/CR.

O elevado tempo de espera na obtenção da consulta especializada é apontado como um importante fator contribuinte à falta, motivo de constante reclamação por parte dos usuários^{16, 21} O tempo elevado de espera muitas vezes faz com que o usuário crie uma despesa extra no orçamento e pague uma consulta particular.

Não consultei porque demorou muito tempo e não pude esperar, aí paguei particular. Me sentia ruim, com falta de ar. Consultei e depois chegou a consulta pelo posto (SC 6).

[...] fui no particular porque eu estava muito ruim, com água no pulmão Tempo depois chegou a consulta do SUS [...] (SC 2).

É sabido que a demanda por serviços assistenciais de saúde é maior que a capacidade do SUS em provê-los, isto

é, a demanda é maior do que a oferta.¹⁶ Essa situação produz imensas filas de espera e conseqüentemente, a piora da situação de saúde da população.¹⁴

Entre as possíveis causas de faltas a consultas especializadas, está o adoecimento, mesmo que não ocorrido pela causa inicial.²⁹ Afirmativa que corrobora com o encontrado neste estudo de caso é identificada através da fala do sujeito SG 1.

A vez que eu marquei e não compareci eu pedi para transferir. Não fui porque estava com dor muito forte na coluna e não tinha como eu ir de ônibus [...] (SG1).

Cabe salientar que o problema pode ter surgido depois da solicitação da consulta, ou até mesmo a consulta ser parte do tratamento para a solução do problema.

Neste contexto é possível perceber que existem outros problemas de saúde dificultando o comparecimento do usuário. Nessa situação, a ação do ACS conjuntamente com a equipe médica e de enfermagem, é de extrema importância no sentido de estabelecer quais prioridades de atendimento para o usuário.

Outra causa em comum encontrada, foi em relação ao profissional médico, para qual a consulta estava marcada. Duas das usuárias entrevistadas, que aguardavam consultas para ginecologia relataram não terem comparecido porque o profissional que iria lhes atender era do sexo masculino.

Não fui porque o ginecologista é homem, eu quero trocar. É tipo um questionário [...] vai e volta. Respondo sim; não; talvez; nunca; já fui; não fui. Não me sinto a vontade (SG 2).

Chegou a consulta, eu vi qual o médico. Não queria consultar com ele (SG 6).

Existem fatores pessoais que influenciam na decisão de não comparecer a consulta. A usuária SG 2 relata não ter comparecido por não se sentir a vontade durante a consulta. É possível identificar que não foi estabelecida uma afinidade e segurança com o profissional. Neste caso a integralidade da assistência favorece a continuidade do atendimento ao indivíduo.

A usuária SG 6 justifica não ter consultado, porque não gostaria que sua consulta fosse com o profissional para a qual a consulta estava agendada. Neste sentido existem inúmeras razões para a ocorrência do absenteísmo, tais como: vergonha, insegurança por ser um profissional do sexo oposto, entre outros.

O motivo de não ter com quem deixar seus dependentes para comparecer à consulta foi relatado apenas na especialidade de ginecologia, onde naturalmente, apenas mulheres foram entrevistadas. Apesar de atualmente a mulher ter autonomia e ser independente tomando suas próprias decisões, os cuidados no âmbito da família, a figura da mulher-mãe como principal cuidadora aparece quase como um consenso.³⁰

Teve uma que não fui porque me avisaram na véspera e eu não tinha com quem deixar minha filha. Teve outra que consegui avisar o posto que também não iria pelo mesmo motivo (SG 4).

Não fui ao dia marcado para a consulta porque minha filha estava doente. Não tinha com quem deixar ela aí não teve como ir (SG 8).

Conhecer o planejamento e estrutura familiar é de grande importância no ato do agendamento da consulta, pois mesmo com a atual autonomia e evolução da mulher, é provável que ela se envolva com todos os membros da família quando doentes ou quando não existe uma terceira pessoa para substituir o seu cuidado, sendo esse um motivo suficiente para o seu não comparecimento à consulta.

Alguns dos usuários que constavam como tendo faltado às consultas, manifestaram não terem agendado a referida consulta no momento em que foi feito o contato telefônico.

Nunca solicitei nenhuma consulta para cardiologista. Pelo posto só pedi para dermatologista, mas demorou mais de dois anos e desisti (SC 5).

Tirei ficha, mas não para ginecologista. Eu consultei, fiz o CP, mas não cheguei a solicitar consulta (SG 7).

Eu só fiz o CP no posto, mas nunca pedi consulta para ginecologista (SG 3).

Desencontro de informações podem contribuir para a elevação do absenteísmo, se não forem devidamente esclarecidos. A metodologia de estudo de caso em que as evidências devem ser comparadas, foi possível identificar a incompatibilidade das informações obtidas na Evidência 1, documentos, em que consta o agendamento das consultas e a Evidência 2, entrevista, as quais o usuário relata não ter agendado.

Neste sentido, faz-se necessária a reflexão sobre a organização dos serviços. Reflexão essa sobre a lógica do agendamento: se objetivando o profissional e desconsiderando o usuário; sobre a parcela de responsabilidade sobre as faltas que cabe o usuário e, qual parcela que pode ser atribuída a outros fatores.²²

Conclusão

Comparando as Evidências 1 e 2, é possível perceber que existem desencontros de informações, pois o que foi encontrado na documentação analisada algumas vezes é diferente do que foi relatado pelo usuário durante a entrevista.

Com relação ao acima exposto, este estudo identificou a incompatibilidade entre a agenda das consultas marcadas no ano de 2013 e o relato do usuário de não terem tido a sua consulta marcada. Essa comparação é de extrema importância para a eficácia do estudo de caso, pois é quando se pode observar à posição do usuário, assim como, a informação da CMCE.

Na análise documental na UBSF, foi identificado que existe uma grande quantidade de documentos a serem preenchidos para que a solicitação da consulta pelo usuário seja encaminhada para a CMCE. Esse preenchimento e organização da documentação exigem uma atenção criteriosa para que todo o processo de encaminhamento seja eficaz.

A capacitação dos ACS para que estes acompanhem os usuários antes e depois da consulta, certificando-se do comparecimento, ou se não compareceu, saber o motivo que justifica sua falta, é uma maneira considerável, para diminuir as taxas do absenteísmo. Através dessa confirmação por parte do ACS, é possível identificar os usuários faltosos bem como respectivas recidivas do não comparecimento de um mesmo usuário.

A busca de solução ao problema do absenteísmo exige tanto a participação da CMCE quanto da ESF, com ações que promovam a conscientização dos usuários, fazendo com que eles entendam que sua falta nas consultas especializadas gera a má utilização do sistema, aumento da fila de espera e desperdícios, trazendo insatisfação para todos.

Quanto às limitações encontradas para a realização do estudo é possível destacar situações como: telefone fora da área de cobertura ou inexistente; números que não eram mais do usuário; chamadas não atendidas; e usuários que já havia falecido. Outra dificuldade identificada foi o custo financeiro para a realização das ligações, pois nem todas eram realizadas para telefone fixo. Houve a necessidade de realizar a visita, por solicitação do usuário, em horário noturno. Esta experiência trouxe certa insegurança no sentido de que, embora conhecendo a área de atuação da equipe de ESF São Miguel I, este conhecimento sobre a área era apenas em relação às atividades da comunidade durante o dia.

Referências

1. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. Estudos. Avançados. 2013 [acesso 2014 Fev 19]; 27(78):07-26. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/68675/71254>
2. Viegas SMF, Hemmi APA, Santos RV, Penna CMM. O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2010; 20(2):769-84.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS/SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Diário Oficial da União, Brasília; 2002.
4. Albuquerque MSV, Lima LP, Costa AM, Melo Filho DA. Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. Saúde Soc. [online] 2013. [acesso 2014 Abr 07]; 22(1):223-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/20.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 1.559, de 1º de Agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Ministério da Saúde: Brasília, 2008.
6. Oliveira RR, Elias PEM. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. Revista Saúde Pública. 2012;

7. Saltman RB, Busse R. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice. In: Saltman RB, Busse R, Mossialos E. *Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems*. European Observatory on Health Care Systems series. Philadelphia: Open University Press 2002 [acesso 2014 Abr 24]; p.3-52. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98430/E74487.pdf
8. Sá MVHM. Plano de intervenção para reduzir as faltas dos usuários ao atendimento especializado. 2012. 32 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife, 2012. [acesso 2014 Abr 20]. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012sa-mvhm.pdf>
9. 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. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2011; 15(3):309-18.
10. Almeida, GL, Garcia LFR, De 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. *Cienc Odontol Bras*. [online] 2009 Jan-Mar [acesso 2014 dez 08]; 12(1):77-86. Disponível em: <http://ojs.fosjc.unesp.br/index.php/cob/article/viewFile/256/196>
11. Avila MAG, Bocchi SCM. Confirmação de presença de usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir absenteísmo. *Rev Esc Enferm USP*. [online]. 2013 [acesso 2014 Jan 10]; 47(1): 193-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a24v47n1.pdf>
12. Valarins GCM. Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. *Com. Ciências Saúde*. 2010; 21(1):81-4.
13. Nascimento AAM, Damasceno AK, Silva MJ, Silva MVS, Feitoza AR. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. *Cogitare Enferm*. 2009 Abril/Junho; 14(2):346-52.
14. Carvalho MAP, Sousa CMB, Lima Júnior IA, Prado MF, Silva RNM. Estudo de caso sobre as faltas dos usuários às consultas programadas de uma equipe de saúde da família no município do Rio de Janeiro. *J Manag Prim Health Care*. [online] 2014 [acesso 2015 Jan 12]; 5(2):140-152. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/156/136>
15. Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009 ; 30(4):594-601.
16. Amorim ACCLA, Assis MMA, Santos AM, Jorge MSB, Servo MLS. Práticas da equipe de saúde da família: orientadoras do acesso aos serviços de saúde? *Texto Contexto Enferm*. [online] 2014 Out-Dez [acesso 2015 Fev 05]; 23(4): 1077-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000610013>
17. Prefeitura Municipal do Rio Grande. Secretaria Municipal de Saúde. Central de Marcação de Consultas. Relatório de Gestão Municipal de Saúde (G-MUS), base: 192.168.0.119 ano 2013. Mimeografado.
18. Yin, RK. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248p.
19. Moraes R, Galiuzzi MC. *Análise textual discursiva*. 2. ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2011.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466/12 sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
21. Bender AS, Molina LR, Mello ALS. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Revista Espaço para a Saúde*. [online] Jun 2010 [acesso 2014 Fev 15]; 11(2): 56-65. Disponível em: <http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v11n2/absent.pdf>
22. Izecksohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. *Rev Bras Méd Fam Comunidade*, 2014 Jul-Set [acesso 2015 Jan 17]; 9(32): 235-41. Disponível em: <http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/960>
23. Linard AG, Castro MM, Cruz AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(3):546-53.
24. Paula M, Peres AM, Bernardino E, Eduardo EA, Macagi STS. Processo de trabalho e competências gerenciadas do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. *Rev RENE* [online]. 2013 [acesso 2014 Fev 07]; 14(5):980-7. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1248/pdf>
25. Peres CRFB, Caldas Júnior AL, Silva RF, Marin MJS. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2011 [acesso 2014 Jan 15]; 45(4):905-

11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a16.pdf>

26. Costa MC, Silva EB, Jahn AC, Resta DG, Colom ICS, Carli R. Processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: possibilidades e limites. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33(3):134-40.

27. Morosoni, L. Mais escuta e mais cuidado. *Revista Radis.* 2014; 138:32-3.

28. Vazquez FL, Guerra LM, Vítor ES, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Meneghim MC, Pereira AC. Referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2014; 19(1):245-56.

29. Cavalcanti RP, Cavalcanti JCM, Serrano RMSM, Santana PR. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. *Rev Tempus Actas Saúde Col.* [online] 2013 [acesso 2014 Abr 20]; 7(2):63-84. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1344/1146>

30. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2010; 15(Supl. 1):1497-508.

violência intrafamiliar em 24 municípios do interior de São Paulo, 2013-2014. *Epidemio. Serv. Saúde* 2016; 2006; 25(1): 179-186.