

O ABSENTEÍSMO NA SAÚDE PÚBLICA: UMA ANÁLISE DAS FALTAS NAS CONSULTAS MÉDICAS NAS UBS'S E ESF'S DE SANTANA DO LIVRAMENTO - RS

Juliana Oliveira Pires Espírito Santo
Orientadora: Isabela Braga da Matta

RESUMO: O usuário faltoso traz consigo um efeito negativo na prestação dos serviços na saúde pública, diante disso é de suma importância conhecer as causas que levam o usuário das unidades de saúde a não dirigir-se às consultas agendadas. Este artigo tem como objetivo explicar as faltas nas consultas médicas especializadas nas UBS's e ESF's de Santana do Livramento por meio da percepção dos coordenadores das unidades e dos usuários. A pesquisa se retrata como descritiva, de abordagem qualitativa, e sendo caracterizada como estudo de caso, executada a partir do estudo de unidades selecionadas do Município de Santana do Livramento. A realização da coleta dos dados se deu por meio de entrevistas de forma semiestruturada, questionários fechados, observação e análise documental. Para a análise interpretativa foi utilizado a triangulação dos dados. Como principais resultados, destaca-se que o especialista mais procurado foi o clínico geral, e o principal motivo para o agendamento das consultas foi a renovação de receita médica por tratamento continuado. Foi possível observar no estudo que a falta de um sistema integrado entre todas as unidades prejudica o bom funcionamento da prestação de serviços causando a falta de controle da historicidade do usuário, gerando as multiconsultas. A questão climática, a não liberação do trabalho, o esquecimento e não ter com quem deixar as crianças ou ficar com algum parente doente foram identificados através das entrevistas com os enfermeiros como causas relacionadas ao absenteísmo nas unidades de saúde.

Palavras-chave: Absenteísmo nas consultas; Atenção básica; Agendamento.

RESUMEN: El usuario ausente trae consigo un efecto negativo en la prestación de servicios en salud pública, por lo que es extremadamente importante conocer las causas que llevan al usuario de los centros de salud a no acudir a las citas programadas. Este artículo tiene como objetivo explicar la falta de citas médicas especializadas en las PHU y FSE de Santana do Livramento a través de la percepción de los coordinadores y usuarios de la unidad. La investigación se describe como un enfoque descriptivo y cualitativo y se caracteriza como un estudio de caso, realizado a partir del estudio de unidades seleccionadas del Municipio de Santana do Livramento. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas, cuestionarios cerrados, observación y análisis de documentos. Para el análisis interpretativo se utilizó la triangulación de datos. Como resultados principales, es de destacar que el especialista más buscado fue el médico general, y la razón principal para programar citas fue la renovación de la prescripción para continuar el tratamiento. En el estudio se observó que la falta de un sistema integrado entre todas las unidades perjudica el correcto funcionamiento de la prestación del servicio, lo que provoca la falta de control de la historicidad del usuario, generando múltiples consultas. El problema del clima, no dejar el trabajo, olvidar y no tener a nadie con quien dejar a los niños o tener un pariente enfermo se identificaron a través de entrevistas con enfermeras como causas relacionadas con el absentismo en los centros de salud.

Palabras clave: absentismo en consultas; Atención primaria; Programación

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, no início da década de 1970, surge o movimento da reforma sanitária. A população descontente com a ditadura se une ansiando por mudanças e ampliações ao acesso à saúde visando melhoria das condições de vida da população. Nesse período somente os trabalhadores contemplados pela Previdência Social obtinham o acesso gratuito à saúde. Estima-se que 30 milhões de pessoas tinham essa oportunidade, contrastando com o resto da população que recorriam a entidades filantrópicas. O movimento sanitário pleiteava por melhores condições de saúde e mudanças na forma da prestação de serviço (BRASIL, 2019a). Após assegurar o direito à saúde na Constituição Federal, os sanitários perceberam que o Estado deve fomentar novas políticas públicas voltadas para melhorar a qualidade de vida da população, promovendo o bem-estar físico, mental e social. Articulando com outros atores a capacitação tanto dos profissionais da saúde quanto da sociedade, pois ambos corroboram com a promoção a saúde coletiva (BRASIL, 2019b).

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), assegura diversos direitos e deveres para os cidadãos brasileiros, garantindo o acesso igualitário à saúde, sendo que o provedor é o Estado, que oferece políticas públicas de promoção, prevenção e tratamento contra doenças e sua proteção e recuperação. Nesse contexto, a universalidade em que o Sistema Único de Saúde (SUS) aborda como um dos seus princípios doutrinários juntamente com a equidade e integralidade (BRASIL, 2018). O SUS enfatiza que o direito à saúde é garantido a todos, em condições iguais e de forma integral, sendo regionalizada e hierarquizada de acordo com a especialidade nos serviços prestados (BRASIL, 1990).

O princípio da equidade visa a minimizar a desigualdade, pois cada cidadão necessita de um atendimento de forma diferenciada de acordo com sua necessidade (BRASIL, 2018). O princípio da integralidade consiste em tratar o cidadão como um todo, oferecendo os serviços de saúde de acordo com o seu contexto social, e oferecendo a assistência nos diversos níveis de complexidade (BRASIL, 1990), e por fim o princípio da universalidade, que garante o direito a todos os cidadãos, o ingresso à saúde em sua totalidade, oferecendo os seus serviços em vários níveis (BRASIL, 1990).

A rede que compõem o SUS engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL, 2018c). Segundo a Constituição Federal (BRASIL, 1988), o SUS atende diretrizes, pelo qual menciona o formato de seu funcionamento, descrevendo a distribuição de suas atividades de acordo com a complexidade, de forma descentralizada e integral. A participação da comunidade além de ser promulgado na Constituição, é prevista na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que possibilita o cidadão o direito de participar das conferências e conselhos de saúde. Desde então, houve a necessidade de expandir centros de saúde, e classificar os tipos de complexidades de acordo com as demandas.

A atenção básica é considerada o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, tendo por objetivo a prevenção de doenças. Os casos mais graves são direcionados para setores que comportam outras complexidades (de nível secundário e terciário), organizando o fluxo do serviço dentro da rede de saúde (BRASIL, 2019). Assim, a ESF, nasceu com a necessidade de melhorar e ampliar o atendimento da atenção básica, oferecendo serviços multidisciplinares por meio das UBS (BRASIL, 2019).

Segundo o Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem por objetivo reestruturar a rede de Atenção Básica (AB), realizados nas UBSs, buscando o desenvolvimento, integração com outros autores e consolidando a cidadania. As UBS's e as ESF's atendem aos princípios e diretrizes da Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, e a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) o acolhimento ao cidadão é realizado através de agendamentos, com o objetivo de dispor o acesso à consulta com profissionais especializados ou médico clínico geral. Para que haja a efetivação desse serviço é necessário que a equipe esteja pronta para ouvir, sem dissensões de pessoas, de modo o que cidadão saia com a resposta positiva. A organização da equipe é de suma importância, tornando mais célere o atendimento e melhorando a sua eficiência (BRASIL, 2012, p. 9).

As UBS's são consideradas as estruturas que recebem a equipe de saúde da família, promovendo a continuidade dos programas de atenção básica. Ela deve ser adaptada a comunidade onde está inserida, de acordo com as suas necessidades e o número de habitantes nas proximidades (BRASIL, 2018). Portanto, de acordo com o Decreto Lei nº 7.508 de 28 de junho de 2011, as UBS's que possuem atenção básica, são consideradas portas de entrada, pois ambas oferecem atenção primária à população.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2018, p. 9).

As ESF's possuem modelo assistencial, de forma operacional que conta com uma equipe multiprofissional, onde possuem a responsabilidade de acompanhar um número definido de famílias, em uma área determinada geograficamente, com o objetivo de promover a saúde, desde a prevenção, recuperação e reabilitação (PNAB, 2012, p. 55).

No Município de Santana do Livramento, as UBS's possuem uma demanda significativa de usuários para realizar consultas médicas de várias especialidades, mas percebe-se uma evasão nas consultas, quebrando o princípio da universalidade em que a rede SUS apresenta, uma vez que isso impossibilita outras pessoas terem acesso a esse benefício. Nos serviços públicos de saúde, uma forma de se tornar eficiente é aproveitando melhor os seus recursos, sabendo-se ainda que o médico tem na rede pública de saúde um dos maiores salários em comparação aos outros profissionais.

O médico do Programa mais médicos recebia em 2017 no Brasil, o valor de R\$11.520,00 reais para jornada de 33 horas semanais (SALÁRIO, 2019a), enquanto o enfermeiro ganha no valor de R\$ 5.280,88 reais para jornada de trabalho de 40 horas semanais (SALÁRIO, 2019b), e o técnico de enfermagem ganha R\$1.775,58 por 40 horas semanais (SALÁRIO, 2019c).

E na falta a uma consulta o médico é o principal funcionário que tem seu tempo desperdiçado, pois cada profissional custa muito caro para o Executivo, por esse motivo que muitos cidadãos não conseguem ter acesso à consulta, prejudicando a eficiência do serviço. A eficiência deve ser observada pelos entes da federação direto ou indireto, visando o controle dos resultados (BRASIL, 1988).

O Município de Santana do Livramento possui 2 UBS's localizadas no centro da cidade: o Pronto Atendimento Médico (PAM) e a Unidade Sanitária (Dr. Carlos Ivoney Moreira Guedes), uma UBS no bairro Planalto, e mais 9 ESF's distribuídos em pontos estratégicos de cada bairro do município e 14 equipes de estratégia de saúde da família: ESF Jovelino Santana – Armour (equipes I,II e III), ESF Maria Abegahir – Tabatinga (equipe IV), ESF Flávio Remedi – Simón Bolívar (equipe V), ESF Vila Real - Vila Real (equipe VI), ESF Prado – Prado (equipe VII), Altemar Gomes Pinto - Santa Rosa (equipes VIII e XI), ESF Rural Irmã Dorothy Stang – Zona Rural (equipe X), ESF Paulo Silva –

Divisa (equipes XI, XII e XIII) e ESF CAIC – Parque São José – (equipe XIV) (BRASIL, 2019).

Segundo o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Santana do Livramento, localizado no Centro-Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, possui 82.464 habitantes. Segundo os dados do DATASUS, em 2015, no Estado do Rio Grande do Sul o número de famílias inseridas no cadastramento familiar que recebem a atenção básica em nível estadual é de 765.350 famílias (BRASIL, 2015), e o número de famílias inscritas no cadastramento familiar de atenção básica em nível municipal no ano de 2014 é de 1.265 (BRASIL, 2014).

No Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) no exercício de 2018, a despesa liquidada em Atenção Básica foi de R\$35.588.720,56 reais (BRASIL, 2019). No ano de 2009, o Município registrou o dispêndio de R\$ 144,12 reais por habitante, lembrando que esse cálculo pode ser feito para uma visão mais atual da realidade da população.

Este artigo buscou explicar as faltas dos usuários às consultas especializadas das UBS's e ESF's de Santana do Livramento, com base na percepção dos usuários e dos coordenadores das unidades de saúde do município. Os objetivos específicos deste artigo são a) investigar as faltas às consultas médicas nas UBS's e ESF's do município; b) analisar a percepção dos gestores sobre o sistema operacional realizado nas UBS's e ESF's e c) identificar os fatores que levam ao não comparecimento às consultas a partir da percepção dos usuários.

Há três anos e meio trabalho em uma unidade básica de saúde, e tenho analisado empiricamente o processo de trabalho de toda a equipe que ali está inserida. Os atendimentos realizados na unidade são preparados por meio de agendamento de forma que o paciente esteja presente na unidade, nesse caso muitas das especialidades exigem a presença do cidadão no posto, e tem outras especialidades que podem marcar através do telefone. Esse momento é de suma importância, pois o paciente sai da unidade informada da data de sua próxima consulta. Os atendimentos prestados na unidade têm caráter preventivo, de acompanhamento, realizam visitas domiciliares e também atendimentos emergentes, como o atendimento ambulatorial.

No dia a dia é perceptível que os usuários têm faltado as consultas, não em uma só especialidade, mas sim em todas oferecidas na unidade, e observo a preocupação da equipe e dos chefes de equipe correlação a esse problema. A falta de um usuário na hora da consulta dentro de uma unidade de saúde é muito significativa, pois como relata o estudo realizado no estado de São Paulo, em 2015, 110.304 consultas de especialidades foram agendadas e que 19% resultou o total de 6.686 consultas desperdiçadas causando um prejuízo de R\$ 503.225,60 reais (CATELAN, 2018), ou seja, além de provocar uma provável lista de espera, causa prejuízos ao erário público.

Na visão da autora, como profissional da área da saúde, percebe-se que dentro das unidades de saúde existe a falta de comprometimento dos usuários em cumprir as datas estabelecidas para um atendimento especializado, isso acontece com frequência nas unidades, e se nota a importância de entender esses comportamentos e de identificar as suas causas. Então, primeiramente se questiona se o usuário não se incomoda de marcar uma consulta e não comparecer deixando de fora outro cidadão que poderia estar recebendo o atendimento devido. Será que ele não percebe que com essa conduta impede o bom funcionamento da unidade? Diminuindo a qualidade do serviço prestado pela equipe.

Diversas reportagens abordam sobre as faltas nas consultas médicas, em que percorrem os fatores encontrados especificando cada causa, mostrando o percentual das faltas e descrevendo de como essa atitude pode acometer na continuidade da prestação de serviço ao usuário. No município de Dois Irmãos, por exemplo, as faltas a consultas

médicas representam 30% e geram um prejuízo de R\$ 1 milhão de reais, segundo a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, em 2017 (ERTEL, 2018).

Foi realizada uma busca em artigos acadêmicos sobre esse assunto, abordando em algumas especialidades como odontológicas (TOREZANI, 2015), e grupos específicos como hipertensos (COELHO, et al (2005), e gestantes (DAL'AGNESE, GEIB, 2003), mas a maioria das pesquisas foram realizadas em hospitais e clínicas. Eles abordam vários pontos para descrever as razões pelo qual o usuário falta às consultas que definem como um ponto crucial, caracterizando como justificativa de sua ausência na unidade o esquecimento, a não possibilidade de marcar o horário em que o usuário possa escolher (IZECKSOHN E FERREIRA, 2014). Esses estudos mostram algumas possibilidades de evitar o absenteísmo, onde novas práticas foram adotadas para diminuir a evasão. No município de Vitória do Estado do Espírito Santo, a criação de um sistema de agendamento *online* reduziu o nível de absenteísmo das unidades de saúde para 16% em 2017 (MIGUEL E THEBALDI, 2018).

Espera-se contribuir com esse trabalho, a importância do controle das faltas nas consultas, e que esses resultados possam trazer a gestão local e a população santanense uma conscientização, pois há alguns estudos sobre esse assunto, e é de suma relevância abordá-lo para que a gestão em que está administrando possa ter mais ênfase em suas novas estratégias ou políticas públicas com intuito de minimizar as filas e promovendo a saúde e a universalidade a todos os usuários munícipes.

Antes de retratar a pesquisa em si, considera-se importante abordar alguns referenciais teóricos com o intuito de esclarecer os fatos relevantes sobre as faltas às consultas especializadas. Dessa forma, a seguir será apresentado o referencial em: Políticas públicas de saúde no Brasil; Eficiência em saúde e otimização de recursos; procedimentos metodológicos, com a apresentação e discussão dos resultados e finalizando com as considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Políticas Públicas de Saúde no Brasil

No Brasil, em 1808, a população brasileira era composta por portugueses, índios, negros escravos e imigrantes europeus, e por consequência essa população era acometida de várias doenças desconhecidas, não havia muito conhecimento de como preveni-las e tratá-las, e como eram várias culturas, cada um usava as suas tradições na forma de tratar as doenças (BAPTISTA, 2007, p.29-30).

Não haviam médicos antes da vinda da família real ao Brasil, então com a demanda urgente para o controle das doenças, foram fundadas as primeiras escolas de medicina, uma no Rio de Janeiro e a outra na Bahia (CONASS, 2007, p.17), deu-se início a percepção da necessidade de atendimento básico a um número maior de pessoas.

Então, em 1889, no tempo da proclamação da República, havia uma necessidade de modernizar o Brasil, sair do tempo escravagista, e começar a capacitar física e intelectualmente os operários e os camponeses, para enfim mudar a história do Brasil, já que era dependente da mão de obra para a produção agrícola, nesse contexto a saúde coletiva e individual tornaram-se papel do Estado (BERTOLLI FILHO, 2004, p.50).

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais

para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI, 2004, p.3).

No período da era de Vargas (de 1930 a 1945), o sistema de saúde implantado era voltado aos trabalhadores inseridos no modelo previdenciário, e pelo fato de ser um governo burocrata e técnico, operavam visando o interesse dos recursos da saúde que era crescente na época (CONASS, 2007, p.24).

A economia no tempo da ditadura entra em crise, e como o tipo de serviço de saúde oferecida visava somente a curativa, sem recursos, não conseguiam reparar problemas coletivos (CONASS, 2007, p.25) por conta disso, foi gerando um descontentamento na população, e que a partir desse momento surge o movimento sanitário, com a união de parlamentares, intelectuais, burocratas e usuários, pelo qual almejavam melhorias nos serviços de saúde, visando uma melhor qualidade de vida para os cidadãos brasileiros, e exigiam também a universalização ao acesso do sistema de saúde, unificando a Seguridade Social com o Ministério da Saúde (FLEURY, 1995, p.249). Então esse movimento ganhou muita força a ponto de conseguir modificar legalmente e institucionalmente os serviços de saúde oferecidos, com a sua descentralização de recursos e universalização da cobertura a ponto de alcançar as comunidades mais carentes (FLEURY, 1995, p.249).

Conforme a Constituição (1988, p.61):

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Através disso, pode-se perceber que um grande passo foi dado em relação a necessidade real da população por políticas públicas resolvendo os problemas existentes. Antes, os cidadãos sem nenhuma expectativa e a mercê da vulnerabilidade em que se encontravam, com uma vida miserável sem condições de cuidar de si e de sua família, complicado era de trabalhar e mostrar rendimento, logo após a garantia constitucional, o cidadão obteve mais autonomia em exigir seus direitos, experimentando a melhoria ao acesso à saúde e podendo oferecer um melhor progresso em seu rendimento trabalhista e ter uma melhoria na sua qualidade de vida.

A partir da Constituição, nasceu O Sistema Único de Saúde (SUS), tem o objetivo de promover a saúde através das ações e de serviços de saúde juntamente com uma gestão, articulando-se de forma regionalizada e hierarquizada, visando o seu princípio de universalização pela qual a mesma foi gerada pelo anseio da população, através da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990).

De acordo com Matta (2007, p.67), a universalidade incluída no SUS, torna-se um direito para todos os brasileiros, excluindo o intuito da realização de pagamentos e de gratuidade, visando a coletividade, pois vem da Seguridade Social, abstraindo qualquer contribuição para ter acesso a esse serviço.

A Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), define no art.9º, que a direção do SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo da CF/88, sendo prestada por cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos a seguir:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

O SUS, de acordo com CF/88(1990, p.60), sua forma de financiamento virá da Seguridade Social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes determinadas em lei.

De acordo com Matta (2007, p.68), por mais que o SUS seja financiado através da arrecadação dos impostos e além de outras formas de recursos, ele afirma que não é próprio afirmar que o SUS é totalmente gratuito, mas reforça que os cidadãos não devem subsidiar nenhum pagamento para usufruir os serviços do SUS.

O SUS atende às diretrizes da CF/88 e observa os princípios organizativos e doutrinários da Lei Orgânica 8.080/90, que consiste em oferecer ao usuário sem preconceitos no seu modo individual ou coletivo a universalidade em todos os níveis de assistência médica de modo integral, continuado de ações e serviços curativos e preventivos de acordo com a sua complexidade, não denegando sua autonomia e sua integridade como um todo, garantindo seu acesso às informações sobre sua saúde; promovendo a participação da comunidade, realocando os seus recursos principalmente no setor epidemiológico, e discriminando a descentralização político - administrativa para cada esfera governamental (BRASIL, 2019).

Na década de 60, houve vários debates em toda a parte do mundo enfatizando a realidade social, econômica e sanitária, visando o controle das enfermidades acometidas nas populações. Então, em 1978, a Conferência de Alma-Ata veio com uma proposta de Saúde para Todos e Estratégia de Atenção Primária de Saúde até o ano 2000, e em 1986, foi promulgada a carta de Ottawa, contendo declarações internacionais (BRASIL, 2002, p. 1).

Como o intuito era estabelecer melhores condições de saúde para a população mundial, a declaração da Alma-Ata coloca como sendo de suma importância a existência de um envolvimento de todas as pastas do Governo, para que se tenha um desenvolvimento econômico e social, contribuindo para a melhoria da qualidade da saúde da população. Conforme percebe-se no seguinte trecho: “VII-1. a atenção primária de saúde é, ao mesmo tempo, um reflexo e consequência das condições econômicas e características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades” (BRASIL, 2002, p. 2).

Como afirma Magalhães (2004, p. 32), “a associação entre desenvolvimento social e promoção da saúde desloca, portanto, o alvo da intervenção pública. As estratégias focalizadas apenas no perfil da atenção médica são revistas e ampliadas na direção da melhoria da qualidade de vida”. Trazendo a luz de que a forma preventiva é mais eficaz do que somente a curativa.

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi um modelo adotado para ampliar o acesso a saúde e tirar o caráter curativo, focado somente no individual e hospitalar, e trocar para um modelo mais acessível a todos com caráter preventivo, e que seja distribuído em todo o território (FAUSTO; MATTA, 2007, p.43).

No Brasil, a APS dentro do SUS, tornou-se uma vertente na sua implementação fortalecendo a Promoção da Saúde (CONASS, 2007, p.15). No dia 21 de outubro de 2011, o Ministério da Saúde criou a portaria nº2.488, ratificando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nela está descrito que o modelo de atenção à saúde inserida no Brasil é o de Atenção Básica (AB), e que segue os mesmos segmentos da APS, ela atua com um conjunto de ações na prevenção de doenças, promovendo a saúde, tanto individual como coletivo, sendo proporcionado por meios da promoção do cuidado por cada gestor,

utilizando de tecnologias variadas de acordo com a sua necessidade, oferecendo também o tratamento de doenças, buscando a redução de danos ou de sofrimentos que possa vir a intervir na vida saudável do indivíduo (BRASIL, 2012, p. 19). Após a reestruturação do programa de saúde, eles conseguiriam alcançar um maior número de famílias, oferecendo uma maior vertente de especialidades de acordo com a necessidade da população ali inserida. Como afirma o Ministério da Saúde:

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima 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, 2012, p. 19).

De acordo com o Brasil (2012, p. 9), a Atenção Básica, também segue os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

A atenção básica veio para redirecionar o modelo de saúde oferecido no país, passando a ser conhecida primeiramente como Programa de Saúde da Família (PSF), como afirma Souza (2008, p. 154), como era de responsabilidade municipal a PSF, ao longo dos anos ficou defasada a sua forma de planejar, tornando-se limitada e muito burocrática, enfraquecendo a sua forma de monitorar e avaliar os serviços básicos de saúde.

E pelo fato que sua abrangência não estava sendo mais eficaz, houve a necessidade de reorganizar o sistema e logo passou a ser chamada de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e percebeu-se a necessidade de capacitar as equipes de modo a oferecer a continuidade da prestação de serviços para os usuários, criando um vínculo entre ambos (BRASIL, 2012, p. 54) e que segundo Fausto e Matta (2007, p.63), afirmam que desde a implantação da ESF, foi de extrema significância a sua expansão territorial de cobertura. Como foi desenvolvida por meio do Decreto nº 5.707 junto com a Portaria nº 208/MP de 25 de julho de 2006, a Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal (PNDP), visando a capacitação e desenvolvimento dos servidores públicos, tendo o seu cunho principal a melhoria da prestação de serviço público, com o intuito de racionalizar os gastos e aperfeiçoando a instituição como um todo (BRASIL, 2006).

A ESF atende as normas da PNAB, focando na criação das ações multidisciplinares a partir dos anseios de cada população pelo qual está inserida, na definição do estabelecimento territorial, através do diagnose em saúde, oferecendo educação permanente tanto dos usuários quanto da equipe, monitoramento através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), promovendo avaliação e a participação popular para que haja uma melhoria das condições da população, alicerçando um vínculo entre a população e os profissionais de saúde, a modo de garantir a eficiência da Atenção Básica (BRASIL, 2012, p. 55).

Mas para que o cidadão possa receber todos esses cuidados, é necessário que seja construída uma estrutura de acordo com as normas sanitárias, que chamamos de UBS, esse é o local onde está inserida toda uma equipe multidisciplinar e que acontece o primeiro contato com usuário, que chamamos de acolhimento, também contam com todos os equipamentos e insumos possíveis para manter um bom atendimento (BRASIL, 2012, p. 35). Essas estruturas são muito importantes, pois são pontos de referência para a comunidade, facilitando o fluxo na procura dos atendimentos às especialidades, diminuindo a procura aos prontos-socorros. Porém para que haja uma boa fluidez e uma organização dentro de uma UBS/ ESF, é necessário que a equipe conte com ferramentas e dispositivos

de gestão que corroborem para um atendimento universal e digno, de acordo com a PNAB (2012, p. 26):

Gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos- -sentinela e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade.

Segundo Souza (2008, p. 156) “ACS são os principais elos entre as unidades básicas de saúde e as comunidades, cabendo a estes a responsabilidade de articular o acesso a consultas, exames e/ou medicamentos, nas unidades básicas e de especialidades”. Os agentes de saúde contribuem para o bom andamento da continuidade de certos tratamentos, pois sabendo da necessidade do usuário trabalham para as UBS como ponte de informação.

2.2. Eficiência em Saúde e Otimização de Recursos

É de suma importância para que haja um bom entendimento sobre este tópico, entender os conceitos de eficiência e eficácia, e de como elas são entendidas dentro das esferas governamentais.

A eficiência de uma organização consiste em produzir o máximo gastando o mínimo de recursos, trabalhando em conjunto tecnicamente com uma gestão capacitada, pois ela pode interferir no produto final (CASSIOLATO, BRITTO E VARGAS, 2005 p.566). Cruz (1997, p.34) também afirma “eficiência se entende ao atingir o máximo de produção, com o mínimo de recursos possíveis”. Então entende-se que se a organização não tiver uma gestão capacitada, ela pode sim interferir no dia a dia na aplicação de seus recursos.

Já no entendimento de Cruz (1997, p.34) e Negri, Salerno e Castro (2005, p.6), a eficácia deve estar dentro dos parâmetros estabelecidos a ser alcançados pela organização. Pode-se dizer que tudo o que foi investido dentro da organização, deve gerar resultados, para que futuramente melhore a qualidade final do produto.

No artigo de nº 37 da CF/88, descreve-se que a União e todos os três poderes, na sua forma de administrar direta ou indiretamente, deve observar e obedecer aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, a última mencionada foi inserida após a Emenda Constitucional (EC) nº19/98. Entende-se que o gestor deve atender somente o que a lei descreve, não privilegiando a si próprio, tornando-se ético em tudo o que fizer, contribuindo para a transparência em suas transações e efetivar uma boa gestão, observando as necessidades da população para fim de planejar novas ações públicas com maior eficácia.

Após a promulgação do direito à saúde na CF/88, fica sobre responsabilidade dos gestores das esferas governamentais oferecerem a manutenção de serviços sociais para a população no caso aqui a saúde, proporcionando debates para fins de decidir métodos, políticas e indicadores relacionados a essas ações (SILVA et.al, 2012, p. 97).

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), fica estabelecido as competências e atribuições para as três esferas de governo dentro do SUS,

responsabilizando os Estados a trabalhar de forma descentralizada em seus serviços e ações de saúde oferecidos, apoiando tanto tecnicamente como financeiramente os municípios, controlando e avaliando suas redes, as de alta complexidade, tanto regional como municipal. E por fim, os municípios gerenciam e executam os seus serviços locais de saúde. Anteriormente, os municípios não recebiam recursos da união e do estado, oferecendo os serviços de saúde com o seu próprio erário, diversas vezes de forma precária, após a criação da lei, com a descentralização e o apoio financeiro, os municípios tiveram mais autonomia para implantar mais políticas públicas de saúde.

Só a partir da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, que ficou estabelecido o vínculo do percentual orçamentário, que obriga as três esferas do governo a aplicar em ações e serviços em saúde, sendo que a união deve acompanhar o PIB do país, os estados devem aplicar 15% e os municípios 12% de suas receitas.

E a partir da Emenda Constitucional nº 19/1998, os gestores públicos começaram a ser avaliados a partir do seu desempenho, observando os princípios e normas de gestão pública, passível de controle das finanças a modo de alcançar a sua eficiência e eficácia. Através da Lei de Responsabilidade fiscal (Lei Complementar nº 101/2000- LRF), que busca transparência em suas transações, atentando para o cumprimento das metas estabelecidas e através do resultado das metas é que se pode mensurar a sua eficiência.

Segundo Silva et.al (2012, p. 97), “as informações são tratadas de forma isolada, e a dificuldade de estabelecer análise comparativa entre as variáveis dificulta a avaliação efetiva da eficiência da provisão de serviços públicos”. Segundo a autora, é um desafio o processo da alocação eficiente dentro das repartições públicas, pois faz com que o cidadão tenha mais interesse nos resultados dos serviços, fazendo-o buscar o acesso a esse serviço (SILVA et.al, 2012, p. 97). Nota-se que antes das leis sancionadas, não tinha um controle rigoroso dos gastos de como estavam sendo utilizados dentro das repartições públicas, isso causava muito desperdício, uns lugares recebiam de menos e outros recebiam a mais, e muitas das vezes não conseguiam oferecer um serviço de qualidade, então depois que entraram em vigor as leis, o cidadão pode acompanhar todo o processo que envolve os gastos públicos, assim podendo exigir uma melhor eficiência e eficácia dos serviços recebidos.

Os recursos são oferecidos pelo governo, com o objetivo de ofertar bens e serviços aos cidadãos que não são providos monetariamente, visando a minimizar as desigualdades (SILVA et.al, 2012, p. 97). Como as esferas devem publicar suas movimentações monetárias, e estão sujeitos a avaliação direta dos usuários, permitiu que o cidadão fiscalizasse as transações e o seu destino final.

Segundo Figueiredo e Figueiredo (1986, p. 110), a eficácia e a eficiência são avaliadas a partir do confronto dos meios e recursos utilizados, chegando a um resultado final ou parcial, nascido dos objetivos e metas de uma política. Como Concorda Arretche (1998, p. 5), é de suma importância que a eficiência seja avaliada dentro da gestão e do seu planejamento, viabilizando racionalmente os seus recursos a fim de alocar em pontos estratégicos. De acordo com os autores Cesconetto; Lapa; Calvo (2008, p. 2407), os serviços de saúde devem ser:

Os serviços de saúde devem ser eficientes macroeconomicamente e microeconomicamente. É importante que se tenha como proposta para a utilização dos recursos públicos as premissas de maximização dos resultados com recursos fixos ou minimização dos recursos com resultados pré-determinados.

Verifica-se, portanto, a importância do controle das aplicações financeiras dentro das organizações públicas, e que haja mais articulações entre os poderes e entre os órgãos

públicos com a sociedade para a realização de novas políticas públicas, buscando melhorar a qualidade dos serviços prestados à população e somente assim, através das leis, e com o monitoramento rigoroso é possível saber onde estão os gargalos existentes que comprometem a qualidade do serviço público, somente assim com o intuito de realocar esses recursos em lugares que realmente precisam tendo como produto final um serviço com uma melhor qualidade.

O Quadro 1 a seguir, será uma relação entre alguns autores pesquisados em que os mesmos descrevem os motivos encontrados em comum correlação às faltas dos usuários em consultas médicas:

Quadro 01 – Motivos quanto a falta de usuários em consultas médicas

Faltas/Motivo	Definição	Autores
M1- Esquecimento	Relaciona com a importância da consulta para o usuário; a falta de percepção do usuário achando que não tem prejuízo tanto para a equipe de saúde quanto para os outros usuários.	SANTOS (2008); TOREZANI (2015).
M2- Acesso/localidade	Distância entre a casa do usuário e a UBS/ESF.	SANTOS (2008).
M3- Transporte	Busca estimar as condições financeiras para pagar o transporte; ocorre com mais frequência na zona urbana do que na rural pois com uma maior acessibilidade aos transportes públicos facilitam a chegada do usuário a consulta marcada.	SANTOS (2008); BITTAR, et. al (2016).
M4-Não liberação do trabalho	O medo de perder o emprego; priorização do trabalho ao invés da saúde.	SANTOS (2008); IZECKSOHN e FERREIRA (2014).

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2019)

Finalizando essa seção teórica, a seguir será apresentado os métodos utilizados para a operacionalização da pesquisa. Nesse sentido, apresenta-se a seguir a classificação do estudo, coleta e análise dos dados.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa se retrata como descritiva, de abordagem qualitativa, e sendo caracterizada como estudo de caso, executada na Estratégia de Saúde da Família Jovelino Santana nas suas respectivas equipes I, II e III; UBS/ESF CAIC e sua equipe XIV; UBS Planalto e UBS Dr. Carlos Ivoney Moreira Guedes do município de Santana do Livramento. O número de famílias abrangidas pela ESF Jovelino por cada equipe é: I (1117); II (849) e III (1247); UBS/ESF CAIC (1170); a UBS Planalto possui uma equipe de agentes de saúde, mas não são estratégia, porém abrangem (495) famílias, e a UBS Dr. Carlos Ivoney não possui estratégia e atende toda a demanda do Município.

Esta pesquisa apresenta-se como descritiva, de acordo com o Gil (2008, p.28) a pesquisa descritiva consiste em descrever as qualidades de uma população específica, trabalhando também em conjunto com outras variáveis. Tendo o objetivo de recolher informações de uma população alvo, e neste trabalho, justifica-se o seu uso em analisar os dados do DATASUS, como instrumento de base, utilizando como dados os usuários das UBS's e ESF's de Santana do Livramento/RS.

Este trabalho apresenta abordagem qualitativa, que de acordo com Godoy (1995, p. 58), “é uma abordagem que não procura enumerar e / ou medir os eventos a serem estudados, nem emprega instrumental estatístico para análise de seus dados”. Ou seja, uma análise mais profunda do pesquisador sobre o lugar onde o mesmo está inserido, verificando tudo o que envolve naquele ambiente, modo compreender as suas variáveis segundo a concepção dos participantes do estudo aplicado (GODOY, 1995, p.58). Essa abordagem será utilizada juntamente com os objetivos específicos desta pesquisa, que se dá por descrever a percepção dos usuários e gestores, e o funcionamento das unidades de saúde, com o intuito de identificar os pontos positivos e negativos.

O método utilizado neste artigo é o de estudo de caso, que segundo Gil e Triviños (2008, p. 57; 1987 p. 137), o estudo de caso visa a estudar a escolha de um objeto de interesse do pesquisador com maior profundidade, permitindo um conhecimento mais detalhado e amplo.

Yin (1987, p. 137), menciona que esse tipo de estudo é mais voltado para o modo empírico em que decide apurar aspectos de um fenômeno contemporâneo dentro de uma realidade, e quando as evidências não coincidem, são utilizadas mais de um método de coleta para uma análise mais correta.

Neste trabalho, foram verificados os fatos e os fenômenos exatamente da forma como eles se manifestam dentro das unidades, a fim de entender as percepções dos usuários, dos funcionários e gestores alocados na unidade de saúde quanto às faltas ocorridas, facilitando a coleta de dados e a compreensão do funcionamento da atenção básica prestada. O enfoque não é de caracterizar uma população com intuito de quantificar, mas sim levantar proposições teóricas (GIL, 2008, p. 58). Assim, o caso analisado consiste no absenteísmo às consultas médicas na rede de Atenção Básica de Santana do Livramento -RS.

A coleta dos dados deste estudo transcorreu por meio de pesquisa documental, entrevista, observação e questionário. A pesquisa documental descrita por Gil (2008, p.51) é a utilização de documentos que nunca foram analisados, ou pode ser novamente reescrito de acordo com a necessidade das metas a serem alcançadas. Além de utilizar o DATASUS, obteve-se o acesso a documentos oficiais, como consulta de registros das agendas (cadernos), e sistema E-SUS, agendamento on-line, tudo para obter mais dados para compreender o funcionamento dentro das unidades de saúde.

A entrevista segundo Lakatos, Marconi (2003, p. 195) “é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”. As entrevistas foram de forma semiestruturada ou por pautas, com o uso de um roteiro em que tenha uma ordem para não perder o foco, além de ser mais flexível, para manter o entrevistado a vontade (GIL, 2008, p. 112). Essa técnica foi usada para possibilitar uma maior profundidade na espontaneidade e sinceridade do entrevistado. As entrevistas ocorreram do dia 30 de agosto de 2019 à 09 de setembro de 2019 e realizadas com os enfermeiros-coordenadores de cada UBS e ESF selecionado, sendo que 3 são do Jovelino Santana, 1 do Dr. Carlos Ivoney Moreira Guedes, 1 do CAIC, e 1 do Planalto. O roteiro de entrevista foi inspirado com base em um trabalho de mestrado da Universidade Federal da Bahia, conforme o apêndice C, visando o mesmo objetivo da minha pesquisa, porém adaptado para a realidade do município de Santana do Livramento. Foi utilizado um gravador de voz para a realização das entrevistas, sendo estas transcritas com duração de 4 a 42 minutos de duração.

A observação nesta pesquisa teve como intuito de identificar através dos meus sentidos o porquê das faltas às consultas especializadas estão ocorrendo com tanta frequência entre os usuários nas unidades de saúde, além de identificar os tipos comportamentos, então de acordo com o Gil (2008, p. 100) “ a observação nada mais é do

que o uso dos sentidos com vistas a adquirir os conhecimentos necessários para o cotidiano”. Unindo observação mais a entrevista, facilitará a coleta dos dados, e através disso será construído um diário de campo ou registro de observação, que de acordo com o Gil (2008, p. 105), são os instrumentos utilizados para realizar o registro. Neste artigo foi utilizado notas por escrito, ferramenta pessoal do pesquisador. A observação se estendeu do dia 2 de setembro a 9 de setembro dentro das respectivas unidades de saúde respeitando o horário de funcionamento.

O questionário, segundo Lakatos e Marconi (2003, p. 201), “é constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador” e também segundo Gil (2008, p. 121) visa “... obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamentos”. Neste artigo foi utilizada a forma de questões fechadas, que segundo o Gil (2008, p.123) possibilita ao entrevistado escolher uma alternativa através de uma lista proposta com o objetivo de alcançar respostas com mais uniformidade, e o entrevistador obtém o processamento das respostas com mais rapidez. O questionário foi inspirado com base em um trabalho de mestrado da Universidade Federal da Bahia segundo o apêndice D, que contém objetivos parecidos ao deste trabalho, mas com adaptações a realidade da cidade de Santana do Livramento.

O questionário foi aplicado para 44 pessoas usuárias das UBS's Dr. Carlos Ivoney Moreira Guedes e Planalto, e de duas Estratégias de Saúde da Família Jovelino Santana e ESF/UBS CAIC. O número da amostra foi definido com base em uma população de 82.464 habitantes de Santana do Livramento, um erro amostral de 10% e um nível de confiança de 90%. Totalizando 44 questionários. Após o cálculo da amostra os participantes foram escolhidos de forma aleatória desde que sejam usuários dos 4 postos pesquisados. Foram abordados na sala de espera enquanto aguardavam o atendimento do especialista procurado.

A técnica de análise escolhida para este artigo foi a de triangulação de dados, que segundo Triviños (1987, p. 138), “tem por objetivo abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo”. O autor ainda menciona que é muito difícil analisar o fenômeno de forma separada, sem que haja algum histórico sobre o assunto. A técnica de triangulação possui três ângulos, do qual a primeira segundo Triviños (2008, p. 139) são os processos e produtos criados pelo pesquisador, nessa etapa os dados foram coletados através de entrevistas, questionários, observação dentro das unidades de saúde pré-estabelecidas; o segundo ângulo são os elementos produzidos pelo meio: é a análise de documentos internos da vida peculiar das organizações, ou seja, uma pesquisa em documentos disponibilizados nas unidades de saúde e secretaria de saúde do município, e por último o terceiro ângulo são os processos e produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural no qual onde está inserido o objeto de estudo. Segundo Triviños os três ângulos se retroalimentam assim, haverá a descrição, a explicação e a compreensão do fenômeno.

Este método foi escolhido para possibilitar um olhar sobre o objeto de estudo de vários ângulos e principalmente entrelaçando e relacionando essas visões para a fim de entender os fenômenos dentro das unidades de saúde.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Nessa seção será abordado e analisado os dados que foram levantados a partir das entrevistas realizadas com os enfermeiros-coordenadores de cada unidade de saúde em horário diurno das 07 da manhã até as 17 horas. Também serão abordados os dados dos questionários levantados aleatoriamente com os usuários e retroalimentando com a observação e documentação pesquisada, em que se buscou alcançar o objetivo de analisar

as causas que produzem o absenteísmo para fim de obter uma melhor percepção da realidade dentro dos postos de saúde santanense.

Essa seção está dividida na apresentação do perfil do usuário, na análise dos motivos às faltas das consultas e na análise dos impactos gerados pelas faltas dos usuários e as estratégias realizadas.

4.1. Perfil dos usuários

O perfil do usuário encontrado durante a aplicação dos questionários de uma forma aleatória dos quais mostrou que quanto ao gênero 36 (82%) são do sexo feminino e 8 (18%) são do sexo masculino. Quanto à faixa etária, 36% têm de 20 a 39 anos de ambos os sexos, conforme descreve a Tabela 1 abaixo:

Tabela 1: Faixa etária do usuário conforme o gênero, extraído dos questionários aplicados

Faixa etária	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Total
0 a 19 anos	4 (9%)	-	4 (9%)
20 a 39 anos	14 (31%)	2 (5%)	16 (36%)
40 a 59 anos	13 (29%)	2 (4%)	15 (33%)
60 anos e +	5 (13%)	4 (9%)	9 (22%)
TOTAL	82%	18%	100%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2019)

Quando se analisa a situação familiar (Tabela 2 e 3), verifica-se que 20 (46%) dos respondentes são casados ou estão em uma união estável. E 24 (54%) são os solteiros, viúvos e divorciados. Quanto ao número de filhos, foi constatado que 66% tem de 1 a 3 filhos e que as mulheres têm a tendência de ter mais filhos de 4 a 6 (9%).

Tabela 2: Estado civil quanto ao gênero

Estado civil	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Total
Casados e união estável	16 (37%)	4 (9%)	20 (46%)
Solteiros, viúvos e divorciados	20 (46%)	4 (8%)	24 (54%)
TOTAL	82%	18%	100%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2019)

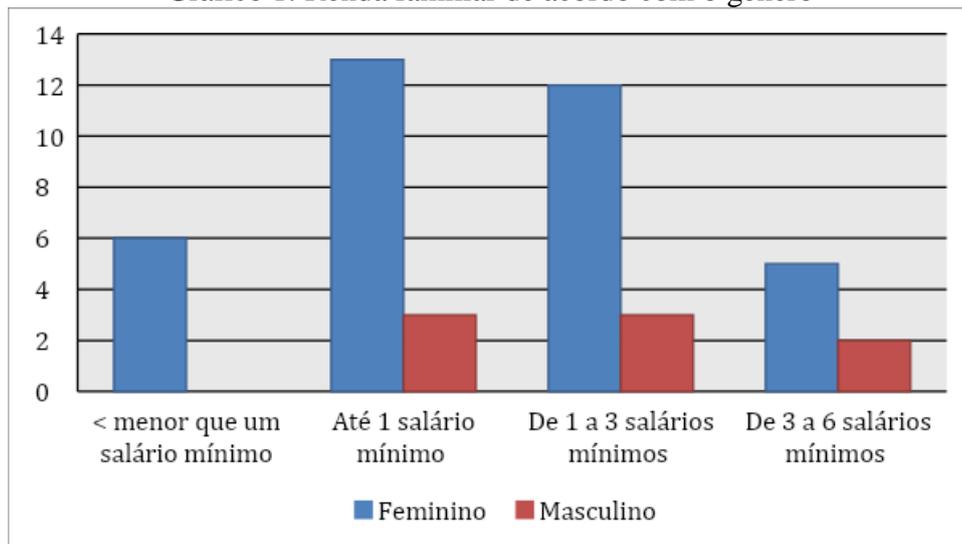
Tabela 3: Relação do N° de filhos de acordo com o gênero

N° de filhos	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Total
1 a 3 filhos	24 (55%)	5 (11%)	29 (66%)
4 a 6 filhos	4 (9%)	-	4 (9%)
Não tem filhos	8 (18%)	3 (7%)	11 (25%)
TOTAL	82%	18%	100%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2019)

As mulheres com relação a renda familiar são 81%, as que recebem de até um salário mínimo é de 32%; seguidos as que recebem de 1 a 3 salários são 27%; < que um salário mínimo e de 3 a 6 salários são 11% cada. Já os homens a renda familiar dos 19% em sua totalidade recebem de 1 a 3 salários mínimos 7% e de 3 a 6 salários mínimos 7% e até um salário mínimo são 5%, conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1: Renda familiar de acordo com o gênero



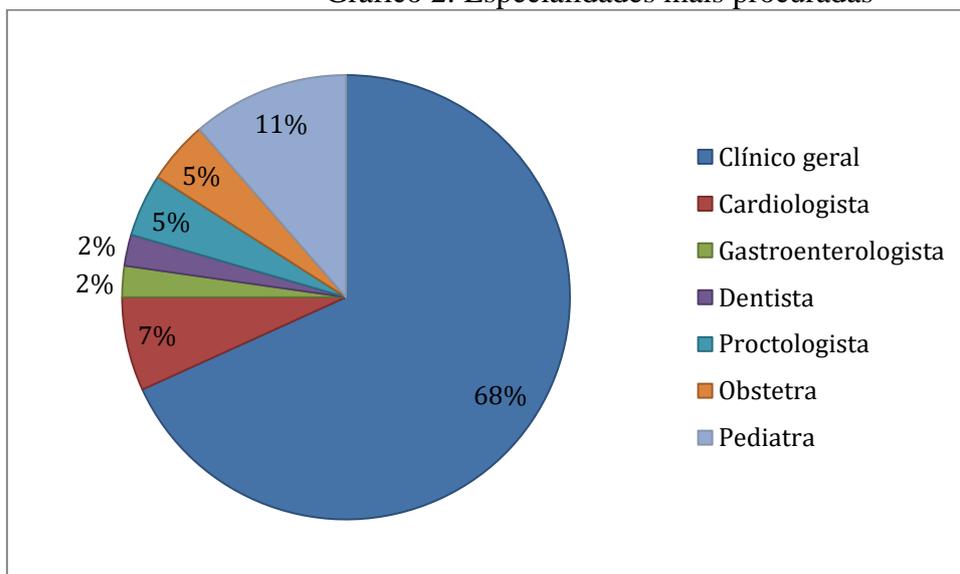
Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2019)

Quanto ao nível de escolaridade, percebe-se que 27% de ambos os sexos possuem ensino médio completo, logo em seguida 22% com ensino fundamental incompleto, 21% com ensino fundamental completo e apenas 11% com ensino médio incompleto.

Quanto às profissões dos usuários encontrados nos questionários, percebe-se que 42% estão entre aposentado, do lar e estudante, 58% são vários tipos de profissões que estão ativas no mercado de trabalho, sendo que 10% trabalham com vendas, 8% é autônomo, e os restantes 40% estão divididos em outras categorias. Percebe-se então, que 58% dos entrevistados tem um emprego fixo com pouca flexibilidade da jornada de trabalho, visto que muitos são assalariados, ou recebem abaixo de um salário, faz com que o usuário seja refém do sistema já que em suma eles trabalham em horário comercial o que mostra uma pouca maleabilidade e não consiga cuidar da própria saúde.

O Gráfico 2 a seguir, demonstra as especialidades mais procuradas de acordo com o questionário aplicado:

Gráfico 2: Especialidades mais procuradas



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2019)

Foi perguntado aos usuários qual foi o motivo pela procura dessas especialidades citadas no Gráfico 2, as respostas dos usuários foram diversas. Dos 44 entrevistados 11 responderam que o motivo foi a renovação da receita médica por tratamento continuado, logo 9 o motivo foi de começar um novo tratamento, 5 procuraram para consulta de rotina, 4 para mostrar exame solicitado pelo médico, 4 foi encaminhado por outro médico, 3 para realizar um checkape, 3 para pegar um encaminhamento para outro especialista e 5 para outros fins.

4.2. Análise dos motivos às faltas das consultas

O esquecimento é apontado como uma das causas do absenteísmo por autores como Santos (2008) e Torezani (2015), mas para os que responderam o questionário essa não foi uma causa apontada com frequência, uma vez que somente uma pessoa confirmou este motivo. No entanto, observa-se que nas entrevistas este fator foi apontado de forma unânime nas respostas dos entrevistados. O Enfermeiro-Coordenador 5 apontou confirmando com ênfase a resposta: “O esquecimento. E o agendamento é de um dia pra outro né”. Diante dessa afirmação, percebe-se na literatura de acordo com Santos (2008) que se refere às consultas agendadas se são verdadeiramente importantes para o usuário e se de fato precisava ou não daquela consulta. No momento da observação, a pesquisadora não detectou nenhum usuário que tenha entrado em contato com a unidade para justificar a sua falta.

Outro fator que influencia o absenteísmo dos usuários é a não liberação do trabalho (SANTOS 2008; IZECKSOHN e FERREIRA 2014). Nos questionários três pessoas responderam sobre esse item. Com essa afirmação, o Enfermeiro-Coordenador 6 foi o único pelo qual falou a respeito: “ah uma das principais é não pude me liberar do serviço esse é horário de trabalho não eu posso consultar em horário de trabalho ...e não consegui a liberação do trabalho”. Então diante disto, percebe-se conforme Izecksohn e Ferreira (2014), que o usuário dá mais importância ao trabalho do que a sua própria saúde. Observa-se que para o trabalhador um dia de trabalho perdido pode gerar um desfalque imediato nas despesas, pois de acordo com os dados levantados no questionário, 31% ganham de até um salário mínimo, isso faz uma grande diferença no fim do mês. Percebe-se também que as profissões encontradas no questionário mostram que muitas vezes o trabalhador não tem tanta flexibilidade por conta dos horários que não batem com os horários das unidades de saúde. Outro ponto a se mencionar é que para o usuário o ato de faltar não gera no mesmo um impacto de imediato, porque mesmo que ele esteja doente o usuário não considera como uma urgência.

Nas observações nas unidades, a pesquisadora notou que na sala de espera, enquanto o médico atendia, um usuário desistiu do atendimento, pois já estava muito atrasado para o trabalho, imediatamente o profissional de saúde ligou para uma pessoa chamando para fazer a consulta com o médico, pois havia sobrado um número, nesse momento percebe-se que provavelmente a equipe tem uma lista de espera caso alguém desista de uma das vagas para consulta. Uma vez que a equipe se reorganiza para o melhor reaproveitamento das vagas. O Enfermeiro-Coordenador 6 comenta que essa dificuldade que leva o usuário a deixar de consultar vem de uma sociedade conservadora:

Eu vejo uma questão assim meio que conservadora da cidade e dos e dos e dos empregadores da cidade porque assim ó trabalhar todo o mundo trabalha maioria da população brasileira trabalha em horário comercial ... pelo direito civil que a gente tem tu tem direito a periodicamente ir numa consulta.

De acordo com o Código do Trabalho (Lei nº 7/2009) no artigo 249º refere-se que o trabalhador pode justificar a falta ao trabalho em caso de doença e de tratamento observado pelo médico, sem prejuízo do salário.

O transporte também é um fator apontado pela como causa do absentismo (SANTOS 2008; BITTAR, et. al 2016). Essa questão não foi mencionada nos questionários, porém nas entrevistas de acordo com os Enfermeiros-Coordenadores 4 e 6 mencionam: "... mas as vezes aí é dificuldade de locomoção porque é uma população bem pobre, tudo tem que vir a pé então, mas é locomoção né" ou "... ou é longe o ônibus a parada do ônibus". De acordo com Santos (2008) e Bittar et. al (2016) buscam estudar as condições dos usuários para pagar um transporte para ter o acesso às unidades de saúde e dependendo de onde o usuário mora tem mais acessibilidade, quem mora nas zonas urbanas têm mais facilidade e conseguem chegar no horário marcado da consulta do que os que moram na zona rural. No momento da observação, a pesquisadora notou nas unidades em que foram selecionadas, que a população em que ambas estão inseridas são realmente mais carentes e que realmente os usuários por muitas das vezes vão a pé para chegar no horário marcado da consulta.

A localidade ou acesso é uma das causas do absentismo mencionadas pela literatura (SANTOS 2008). Durante a aplicação dos questionários, também ninguém mencionou sobre essa questão, mas de acordo com a entrevista o Enfermeiro-Coordenador 6 comenta que: "... ou dificuldade pra de acesso, mora num lugar que tem barro que tem que tem que é difícil ou é longe...". Essa resposta entra em concordância conforme Santos (2008) e Brasil (2018) que trata da distância entre a casa do usuário com a unidade de saúde. As UBS e ESF estão localizadas perto da comunidade, onde trabalham, estudam, moram. Tal fato a pesquisadora percebeu esse ponto, pois, as unidades estão localizadas estrategicamente para que a população em que está ali inserida não precise procurar um posto longe de sua residência.

Outro fator encontrado foi a questão do tempo/clima, nos questionários ninguém mencionou como motivo de falta, mas os Enfermeiros-Coordenadores entrevistados 2, 4 e 6 lembraram, como relata o entrevistado 4: "...esses absentismos que acontece bastante é devido ao tempo, agora mesmo no inverno, então amanhece naquele, naquela geada aquele frio eles acabam não vindo né, mas em função do tempo, ou essas chuva forte essas coisa...". Conforme a literatura Torezani (2015) relata que o fator do tempo pode influenciar no comportamento do usuário. Durante as observações, percebe-se pela pesquisadora que foram dias muito frios e constatou-se de que os usuários poderiam ter faltado por conta do frio.

Ainda, foi citado pelo entrevistado 6, mas não detectado no questionário, a questão de o usuário não poder sair de casa pois tinha algum familiar doente ou porque não tinha com quem deixar os filhos para consultar, como relata a mesma: " ah um tinha um alguém doente que eu tive que ficar cuidando... tem as pessoas que tem filho mesmo que tão cuidando o filho e não consegue alguém pra ficar com o filho...". De acordo com Souza (2008) o fato do usuário não poder se deslocar até uma unidade de saúde para realizar uma consulta por conta de não ter com quem deixar os filhos ou porque está cuidando de alguém se resulta em aspectos socioculturais, pelas condições de vida do paciente. Percebe-se que uma parte da população santanense possui um poder aquisitivo mais baixo como já vimos anteriormente, ou seja, mais carente e que realmente a pesquisadora percebeu esse fator no dia a dia das unidades, mas alguém chegar de fato na unidade para explicar não foi constatado.

Através do questionário foi perguntado aos usuários se eles alguma vez já faltaram a alguma consulta agendada, 7 responderam que sim e 37 que não. Diante disso, nas

entrevistas foi perguntado aos Enfermeiros-Coordenadores se eles quantificam o número de usuários faltosos e a forma de como realizam esse processo, os entrevistados demonstraram diferentes formas de trabalhar como relatam os Enfermeiros-Coordenadores 5 e 3: “Sim, existe pelo e-SUS” (ENFERMEIRO-COORDENADOR 5). Já os enfermeiros-coordenadores 1, 2, 4 e 6 afirmam que: “Assim ó tem o caderno ali né então as gurias do fichário quando chega o paciente as gurias já riscam o nome do paciente faz o sinalzinho que aquele chegou então a gente conta aqueles que não tem o risquinho, todos os que não tem o risquinho é porque não vieram” (ENFERMEIRO-COORDENADOR 1).

Ainda sobre as faltas, perguntamos aos usuários se eles entram em contato com a unidade de saúde para desmarcar e remarcar a consulta, 3 responderam que sim e 1 respondeu que não. Outra questão indagava se a unidade de saúde entra em contato com eles quando faltam a consulta, 3 responderam que sim e 4 que não. Diante disso, nas entrevistas grande parte afirma que não, que não entram em contato com o usuário que só se dão conta de quando o paciente chega na unidade para marcar uma próxima consulta como relata o Enfermeiro-Coordenador 2: “... a gente só entra em contato no momento em que ele vem pra uma outra consulta, a gente diz: olha o senhor marcou tal dia e não veio...”, mas 3 Enfermeiros-Coordenadores dizem que entram em contato, mas com situações específicas, como gestantes que faltam mais, ou usam agentes de saúde para entrar contato para saber o motivo da falta, ou por causa de alguma especialidade em que a demanda é muito grande e que a espera por essa consulta que demora um pouco mais. Assim como o dentista assim relata o Enfermeiro-Coordenador 4: “ Então na parte da odonto a gente já tá fazendo isso, porque tem uma demanda reprimida né, muito grande de gente que quer consultar então se falta alguém e aí a gente não coloca outro no lugar e fica essa demanda reprimida”.

Essas afirmações vão de encontro com Cassiolato, Britto e Vargas (2005) que afirmam que a eficiência de um serviço é prejudicada quando aquele recurso disponível não é utilizado em seu máximo. Na observação, a pesquisadora não confirmou essa manobra descrita pelos enfermeiros, mas em todas as unidades visitadas, sempre no final da tarde na hora de verificar as agendas, tinha pelo menos 3 faltantes de cada especialidade.

Nota-se que as unidades dos Enfermeiros-Coordenadores 2, 3, 4, 5 e 6 possuem um sistema e-SUS que facilita o processo quantitativo das faltas dos usuários, no entanto percebe-se que a unidade 1 não possui esse mesmo sistema, utilizando-se manualmente a contagem com a ajuda de cadernos e sistemas de marcação com caneta para facilitar a equipe em sua contagem. De acordo com o Ministério da Saúde, o sistema e-SUS compreende na interligação dos processos que ocorrem dentro da unidade de saúde, possibilitando o agendamento online com a inserção das informações do usuário no sistema, além de obter todo o histórico desse paciente e todas as prescrições e ações de saúde realizadas. As faltas são contabilizadas através de relatórios gerados pelo próprio sistema (BRASIL, 2019).

Uma vez que o Ministério da Saúde menciona que as unidades devem ter o sistema online, o fato de nem todas as unidades de saúde possuírem este sistema possibilita questionar se o poder municipal está de fato recebendo recursos para colocar em prática essa normativa. Uma vez que ele esteja recebendo, questões estruturais das unidades podem estar impedindo de receber esse sistema integrado, ou até mesmo a logística da internet impede esse tipo de trabalho.

No momento da observação a pesquisadora percebeu que a equipe I, II e III da ESF Jovelino possuem o sistema e-SUS, em que a escriturária atende os usuários como primeiro acolhimento e solicita o cartão SUS para obter o agendamento e acesso ao sistema *online*, ambos todos interligados entre si, já equipe II eles estavam sem internet e mantinha o sistema antigo em que usam cadernos para realizar o agendamento, e o uso de prontuários

de papel armazenadas por pastas e classificadas de acordo com o endereço ou por microrregião de cada agente comunitário de saúde, vale ressaltar que as três equipes possuem agentes comunitários de saúde e ambos também possuem prontuários de acordo com a região e agentes de saúde. A ESF/UBS CAIC por ser uma unidade mista, tanto a parte da ESF como a UBS agendam em cadernos, e depois passam a produção toda para o computador, pois eles não têm internet, então tudo é passado para um *pendrive* e lançado no e-SUS. A UBS Planalto possui agentes de saúde em sua área, também conta com o sistema e-SUS e o mesmo sistema de armazenamento dos prontuários por agente e área, no dia da observação estavam em reformas então a parte de agendamento estava manual e a UBS Dr. Carlos Ivoney, apesar da unidade ter internet os prontuários são armazenados em gaveteiros, e o agendamento é realizado no caderno e não possui o sistema e-SUS e suas produções são repassadas pelo BPA (boletim de produção ambulatorial).

Levantou-se a questão junto aos usuários, através dos questionários se os mesmos obtinham o conhecimento de como era realizado a forma de agendamento nas unidades de saúde. Dos 44 entrevistados, 36 responderam que sim e 14 afirmaram que era de um dia para o outro e 11 não sabiam a forma do agendamento. Diante dessa afirmação, observou-se nas entrevistas que a forma de agendamento sofreu mudanças de acordo com a percepção dos enfermeiros-coordenadores e da equipe tendo em vista o melhoramento do serviço, como aponta o Enfermeiro-Coordenador 1:

Quando a gente entrou aqui a o agendamento era assim era tinha um médico, tinha um médicos que era de um mês pra outro, agendava, por exemplo, no final do mês pro outro mês seguinte e alguns médicos era de uma semana pra outra, e tinha muita falta, então a gente mudou a forma de agendamento pra ver se diminuía essas faltas, ã por exemplo assim ó, a maioria é de um dia pro outro, tem dois clínico três clínico agora que agenda no dia e e consulta no outro tem dois que é no mesmo dia.

Duas pessoas responderam no questionário que o agendamento saía na sexta e consultava na outra semana, diante dessa afirmação o Enfermeiro-Coordenador 3 relata que a equipe havia recebido um memorando da Câmara dos Vereadores em que deveriam abrir a agenda na sexta para consultar na outra semana, mas eles perceberam que não estava dando certo, pois haviam muitas faltas então a equipe se reuniu e decidiu deixar o agendamento de um dia para o outro e livre demanda em que todos que procuram atendimento de algum jeito sairiam da sua unidade atendido, pois as estratégias foram planejadas para ser de porta aberta e livre demanda “... o SUS também preconiza as estratégias que seja a de livre demanda né, porta aberta”.

Percebe-se que o agendamento era realizado de uma forma unânime em todas as unidades de saúde, pois ambos receberam orientações de sua hierarquia, mas não estava dando muito certo então os próprios coordenadores decidiram reorganizar o processo dentro de sua própria unidade para diminuir o número das faltas. As medidas tomadas pelos enfermeiros foram constatadas pela pesquisadora, o usuário consegue ter o acesso ao agendamento, muitas das vezes a demanda é tão grande que muitos acabam indo embora, pois não havia mais número fazendo com que o usuário voltasse no dia seguinte. Constatou-se que o tempo de espera para a consulta é até uma semana, pois agendam de acordo com o especialista. A PNAB (2012) descreve que as equipes devem trabalhar com ferramentas e dispositivos que facilite o processo do ciclo da equipe dentro da unidade, de uma forma que as listas de espera tenham uma boa fluidez e que os profissionais de saúde possam oferecer o serviço em tempo hábil com qualidade e equidade.

Ao questionar os usuários sobre a forma dos agendamentos dentro das unidades se precisava mudar alguma coisa dos 44 questionários 34 responderam que está bem assim que não precisa de mudanças e 10 dizem que precisa mudar. Já nas entrevistas com os enfermeiros 4 relataram de que não precisa mudar, mas somente os Enfermeiros-Coordenadores 1 e 6 enfatizaram que gostariam de mudar sim, que todo o processo seja online, totalmente integrado conforme afirma o entrevistado 6: “Seria importante ter e é um sistema informatizado integrado entre a secretaria da saúde e os e os serviços, as UBS’s os os os as estratégias do local de Livramento”. Conforme já foi citado, Brasil (2019) o sistema e-SUS deve abranger todas as unidades de saúde, para que haja uma boa comunicação entre os trabalhadores da saúde e também para que tenha um controle da situação da saúde de cada usuário. Percebe-se que as unidades visitadas pela pesquisadora três delas não possuem o sistema integrado e somente uma que sim. Isso demonstra de como estamos atrasados e precisamos de melhorias porque isso evitaria de a equipe refazer todo o trabalho e ajudaria no controle daqueles pacientes que são de multiconsultas.

4.3. Impactos gerados pelas faltas dos usuários e as estratégias realizadas

Percebe-se que a administração pública gasta recursos para oferecer um serviço de qualidade para a população, e como já foi mencionado nesse trabalho o valor que é gasto por cada paciente. Nas entrevistas foi questionado sobre os impactos gerados em sua unidade de saúde quando um usuário falta, e a resposta foi imediata de todos conforme relata o Enfermeiro-Coordenador 2: “o impacto maior é esse, tu tira o lugar daquele que poderia estar precisando e que não conseguiu a consulta”. Conforme afirma também o Enfermeiro-Coordenador 5: “quem perde é o próprio usuário tá”. Outra questão levantada correlação aos impactos foi o retrabalho em que a equipe tem que fazer para atender a demanda, pois prejudica o ciclo geral da equipe que pode estar com o seu número de pessoal em menor quantidade conforme afirma o Enfermeiro-Coordenador 4:

O impacto ele dá ã o retrabalho né de do pessoal tanto da enfermagem eu não tenho o pessoal do escriturário então tu ã a enfermagem faz a parte burocrática e faz a parte assistencial, então ver as fichas essas coisa tudo é a enfermagem então é um retrabalho, tu viu a ficha aquele paciente não veio depois tu guarda de novo a ficha e no dia a gente sempre acaba encaixando por exemplo se faltou cinco a gente vai encaixar se tem cinco, aí na sala de espera a gente vai encaixar, então lá nos vamo ter que ver ficha de novo então assim dá um tumulto dá uma coisa que poderia ser bem planejado e organizado ela já desorganiza o serviço né.

O Enfermeiro-Coordenador 6 foi o único a mencionar sobre o prejuízo financeiro em que se dá as faltas dos usuários como relata: “o que que implica uma consulta que ele não foi e o que que tem de perdas pro Município, quanto custa essa consulta ã que perda isso traz pro município e não só a perda financeira a perda do outro que tá na fila atrás”. Silva et. al (2012) mencionam que é muito difícil mensurar o prejuízo que se dá com os recursos recebidos versus os dispêndios, mas depois da Lei Complementar nº 101/2000-LRF, fica tratado que os municípios devem ter uma melhor transparência e controle de seus gastos. Desse modo percebe-se que ainda há muito o que se fazer correlação ao controle das faltas dos usuários, pois como foi notado, a demanda é muito grande, e os postos não estão conseguindo efetivar os seus cem por cento pois não há uma conscientização da população correlação aos gastos do município nesse setor que é a área da saúde.

A partir das respostas dos entrevistados sobre as estratégias realizadas para a diminuição do absentismo nas unidades, percebe-se que os Enfermeiros-Coordenadores se

mobilizaram para a conscientização da população com o uso de cartazes especificando cada especialização e o número de faltantes, o chamado “faltômetro” como foi detectado pela pesquisadora, os números pelos quais constam nos cartazes é alarmante e preocupante, como relata o Enfermeiro-Coordenador 1: “ a estratégia essa é a própria ligação pra fazer o comprometimento tem cartazes ali na frente que a gente faz um painel dizendo quantas pessoas faltaram que conscientizando que não devem faltar às consultas”. Para os enfermeiros é um trabalho de formiguinha e uma questão de educação. Na literatura Torezani (2015) menciona o uso de um protocolo de agendamento de consulta ou até mesmo o uso de ligação telefônica, em que é proposto ao usuário caso não comparecer entrar em contato com a unidade em um prazo estabelecido. Na observação, não foi constatado pela pesquisadora nenhum tipo de central ou protocolo para que o usuário pudesse se reportar a unidade, somente ele indo até a UBS.

Durante as entrevistas, percebeu-se que os entrevistados mencionaram que os usuários aparecem nas unidades de saúde já doentes, e que a população não está se dando conta de que as UBS e ESF estão aí para a promoção da saúde, como não tem o hábito de realizar consultas preventivas, os pacientes já chegam muito doentes, conforme o Enfermeiro-Coordenador 1 retrata: “ ...quando elas vêm, elas vão prorrogando isso, quando elas vêm elas numas quantas vem pra já não não podem esperar mais, já tá com a doença instalada”. O tratamento recebido desses pacientes em casos como esses são comparados a tratamento do tipo pronto socorro, elas chegam recebem a medicação e vão embora, elas não fazem a prevenção, como relatou o Enfermeiro-Coordenador 3. Na observação a pesquisadora percebeu que realmente a população chega muito doente, por exemplo, criança com muita febre, pacientes com muita dor. É difícil mesmo chegar em uma estratégia em que a equipe não conhece o histórico desse paciente, o acolhimento já não fica resolutivo.

Uma questão muito importante que o Município deve fomentar é uma maior promoção à saúde com o auxílio da internet, cartazes, palestras e os meios de comunicação, enfim para que a população seja educada e fortalecida sabendo que a prevenção é melhor do remediar, pois percebe-se que os usuários estão chegando muito doentes às consultas, como os enfermeiros mencionaram o foco está na doença e não na prevenção, é claro que existem situações inesperadas, mas quando o usuário entende que precisa realizar exames periodicamente o fator doença pode diminuir. Embora as unidades tenham agendas disponíveis, eles contam com um número reservado para urgências e emergências, e mesmo assim os enfermeiros sentem que não suprem a demanda, e por mais que eles consigam remanejar entre os faltantes e os que buscam uma consulta, é nesse gargalo que acontece o absentismo, porque percebem a facilidade do agendamento. No entanto uma das questões mencionadas pelos Enfermeiros-Coordenadores que a falta de comprometimento do usuário com o sistema e com aquele que realmente espera por uma consulta prejudica a ação da unidade até porque o agendamento que é de um dia para o outro e o usuário entende a não necessidade de se dirigir a unidade de saúde.

Percebe-se que as unidades estudadas possuem características diferentes em sua forma de agendar, pois nem todas possuem o sistema de agendamento online, o que dificulta uma melhor prestação de serviço para comunidade, pois sem um banco de dados pode ocorrer de um mesmo usuário consultar em várias unidades, com diferentes médicos e isso faz com que não se tenha um controle tanto do histórico desse paciente quanto do tratamento que ele realmente está fazendo, se tornando ineficaz o sistema. E por mais que uma unidade tenha o sistema e-SUS, todas possuem gaveteiros com os prontuários armazenados com o número de cada usuário como senha, e guardadas de acordo ou com região e agente de saúde, ou por ordem de número. Percebe-se que o usuário pode perder o número do seu prontuário gerando um novo prontuário e assim, se perde todo o histórico

daquele paciente e aumentando o número de fichas a serem armazenadas, como foi constatado na unidade estudada 1.

Também foi constatado que as unidades realizam agendamentos pelo telefone, mas para um especialista em específico como o pediatra, que para os enfermeiros pela questão do clima pois nossa região é muito fria no inverno, não seria viável fazer o responsável legal da criança ir até uma unidade, pois a maioria depende de ônibus e até mesmo para resguardar a saúde da criança. Percebe-se que as unidades possuem uma dificuldade correlação ao telefone, pois duas unidades estudadas estavam com problema, uma não recebia ligações e a outra aparentemente para o usuário fica só chamando, mas do lado do escriturário não chama, gerando desconforto e reclamação da população, levando o servidor ao uso do seu telefone particular para resolver questões da unidade. Será de muita valia se o município obtivesse uma central de marcações em que possibilitasse o usuário a ter o acesso para marcar e desmarcar em tempo hábil uma consulta, também seria interessante se utilizassem um sistema que envia mensagens por via celular para lembrar o usuário da futura consulta horas antes, mas que para isso o paciente deve ter seu cadastro atualizado. Uma questão levantada por um dos enfermeiros, que a dificuldade encontrada por eles é obter o contato de imediato com o paciente, já que tem a facilidade de trocar de número, isso dificulta o trabalho da enfermagem.

Outra questão é que as unidades se adaptam a sua realidade, na observação as filas são organizadas de acordo com cada especialista para não ter atritos entre os usuários, são dispostos cartazes de sinalização para leitura, e foi constatado que a geralmente os usuários não leem os anúncios, e ficam queixosos e dando a entender que o tratamento recebido da equipe não está sendo eficaz.

Durante as entrevistas os enfermeiros mencionaram que há muitas faltas em exames preventivos como o papanicolau, pois a espera por essa consulta é muito demorada, já que o Município dispõe de somente um ginecologista para toda a demanda do Município.

Com relação aos trabalhadores que não conseguem ir a uma consulta, é necessário uma ação conjunta entre o poder executivo e os empregadores para uma conscientização de que se seu colaborador estiver saudável, melhor será o rendimento de sua empresa. Outra questão são as sugestões dos usuários, embora que a maioria afirmou que não precisa mudar a forma dos agendamentos, outros sugeriram uma melhora no horário para a marcação pois a população é idosa, que tenham um atendimento diferenciado, outra que deve ter uma equipe maior para atender a demanda da população.

No Quadro 2 a seguir estará retratado os motivos encontrados durante a pesquisa:

Quadro 2: Motivos das faltas encontrados durante a pesquisa

Motivos	Definição
Trabalho	Faltas por não liberação do trabalho
Transporte	População com poder aquisitivo mais baixo
Tempo/Clima	Por conta do clima da região, inverno rigoroso ou chuvas intensas.
Esquecimento	Facilidade do agendamento, mesmo sendo de uma dia para o outro
Localidade/acesso	Dificuldade do usuário pela distância entre sua casa e o posto de saúde e questões de infraestrutura das ruas
Aspecto sociocultural	O usuário não tem com quem deixar os filhos ou cuida de algum parente ou conhecido doente

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2019)

O Quadro 2 acima descreve, resumidamente, os motivos encontrados durante a pesquisa realizada nas unidades de saúde do Município e que alguns motivos vão de encontro com a bibliografia encontrada, portanto, finalizamos a apresentação e análise dos dados e o bloco a seguir traz as considerações finais desta pesquisa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desdobramento da presente pesquisa oportunizou a análise das faltas dos usuários nas consultas especializadas dentro das UBS's e ESF's de Santana do Livramento a partir da descrição do funcionamento dos agendamentos com o intuito de averiguar as possíveis causas do absenteísmo nas unidades de saúde.

As entrevistas semiestruturadas revelaram a percepção dos enfermeiros-coordenadores correlação ao funcionamento da forma de agendamentos realizados em suas unidades, percebe-se que houve uma grande melhora, já que antes o agendamento acontecia de um mês para o outro ou de uma semana para outra, e mesmo com ações partindo dos próprios coordenadores de cada unidade, há muito o que se fazer, pois por muitas das vezes não conseguem suprir a demanda. Pela percepção do usuário, foi recíproca a melhora. Outro fator encontrado, é a falta de um sistema totalmente integrado, o que realmente prejudica o melhoramento e a eficiência do sistema de saúde oferecido pelas unidades, esse sistema ajudaria muito na historicidade do usuário e em futuras ações de saúde para a população, gerando economicidade dos recursos investidos pelo município. Entre todas as unidades estudadas, uma somente não tinha o sistema e-SUS o que a torna atrasada em relação às outras pois ela é uma UBS e possui uma forma antiga do sistema operacional, e por ser uma unidade central da cidade. A integralidade do serviço também ajudaria com o término dos usuários multiconsultas, já que a grande maioria procurava por clínico geral para a renovação de receita médica por tratamento continuado, pois haveria mais controle sobre o tratamento desse paciente gerando uma melhoria na qualidade do atendimento e da saúde do usuário.

O foco somente na doença foi percebido por todos os enfermeiros, ambos anseiam por uma interação da secretaria da saúde com a comunidade para geração de conhecimento de prevenção e promoção à saúde. A questão climática, a não liberação do trabalho, o esquecimento e não ter com quem deixar as crianças ou ficar com algum parente doente foram identificados através das entrevistas com os enfermeiros como causas relacionadas ao absenteísmo nas unidades de saúde.

Este estudo pretende contribuir com a efetivação do controle das faltas nas consultas, e que esses resultados possam trazer a gestão local e a população santanense uma conscientização. O controle financeiro é de suma importância pois pode concentrar os recursos em locais estratégicos dentro da saúde municipal. Campanhas de chamamento para a população ao assunto dos impactos gerados no município devem ser divulgado.

Quanto às limitações, os questionários foram aplicados em UBS's e ESF's de localidades e características diferentes, em que o fator tempo de aplicação da pesquisa visto que foi curto, portanto limitou a coleta dos dados sendo necessário escolher apenas 4 unidades de saúde, sendo que três equipes de estratégias inseridas na ESF Jovelino Santana, e uma equipe de estratégia no CAIC.

Tendo em vista da relevância do tema abordado, fica como sugestão a promoção do conhecimento das faltas dos usuários em consultas, mas em todas as unidades de saúde do Município, com o auxílio dos agentes de saúde para que haja um aprofundamento na questão em si, ou sobre os impactos economicamente gerados através das faltas dos usuários nas consultas no Município.

6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Arretche, M. T. S. (1998) Tendências no estudo sobre avaliação. In: M.T.S.Arretche. **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 29-39. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/88114499/tendencias-dos-estudos-em-avaliao-arretche-1998>>. Acesso em: 20 de junho de 2018.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edição 70, 2011. Disponível em:<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4295794/mod_resource/content/1/BARDIN%2C%20L.%20%281977%29.%20An%C3%A1lise%20de%20conte%C3%BAdo.%20Lisboa_%20edi%C3%A7%C3%B5es%2C%2070%2C%20225..pdf>. Acesso em: 17 de junho de 2019.

BRASIL, a Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS):** estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude#principios>>. Acesso em: 09 de abril de 2019.

_____, b - Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

_____, c – Disponível em:<<https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>>Acesso em: 10 abr. 2019.

_____, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União, 20 setembro 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 3 abril de 2019.

_____, Lei Complementar nº 101 de 4 de maio de 2000. **Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências**. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em: 17 de junho de 2019.

_____, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 09 de abril de 2018.

_____, Lei nº 7/2009 de 12 de fevereiro de 2009. **Código do Trabalho**. Disponível em: <<https://dre.pt/legislacao-consolidada/-/lc/34546475/view>>. Acesso em: 17 de outubro de 2019.

_____, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 de abril de 2019.

_____, Portaria nº 208/2006. **Ministério do Planejamento, orçamento e gestão.** Disponível em:<<http://www2.unifap.br/drh/files/2014/11/Portaria-208-2006-MP.pdf>>. Acesso em: 17 de junho de 2019.

_____, Decreto nº 7.508, 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.** Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 10 de abril de 2019.

_____, Decreto nº 5.707, de 22 de fevereiro de 2006 revoga o Decreto nº 2.794 de 1998, a qual dispõe sobre a gestão de competências na administração pública.

_____, Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. **Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.** Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 17 de junho de 2019.

_____, Emenda Constitucional nº 19 de 4 de junho de 1998. **Modifica o regime e dispõe sobre princípio e normas da Administração Pública, Servidores e Agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências.** Disponível em:<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/1998/emendaconstitucional-19-4-junho-1998-372816-norma-pl.html>>. Acesso em: 17 de junho de 2019.

_____, Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde.** CNES. Disponível em:< <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 22 de abril de 2019.

_____, Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde,** 2002. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 04 de abril de 2018.

_____, Ministério da Saúde. **Princípios do SUS.** Disponível em:<<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 20 de abril de 2018.

_____, Ministério da Saúde. Pense SUS. Fio Cruz. **Atenção Básica.** Disponível em:<<https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>>. Acesso em: 09 de abril de 2019.

_____, Ministério do Planejamento. PAC. Unidade básica de saúde. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>>. Acesso em: 04 de abril de 2018.

_____, Ministério da Educação. Universidade aberta do SUS.UNA-SUS. TOREZANI, G. S. **Estudo sobre as faltas às consultas e seus motivos: uma análise da comunidade Sete Anões**. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7960>>. Acesso em 18 de junho de 2018.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2012. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>>. Acesso em: 30 maio de 2019.

_____, Ministério da Saúde. DATASUS. **Número total de famílias estadual/2015**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFr.def>>. Acesso em: 23 de abril de 2019.

_____, Ministério da Saúde. DATASUS. **Número total de famílias municipal/2014**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFr.def>>. Acesso em: 23 de abril de 2019.

_____, Ministério da Saúde. DATASUS. Tecnologia da informação a serviço do SUS. **Cadernos de informações de saúde do Rio Grande do Sul**. Dispêndio por habitante. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>>. Acesso em: 15 de maio de 2019.

_____, Ministério da Saúde. SIOPS. **Relatório Resumido da Execução Orçamentária: Demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde**. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/rel_LRF.php> Acesso em: 15 maio de 2019.

_____, SICONFI. Tesouro Nacional. **Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro Disponível** em: <https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/declaracao/declaracao_list.jsf>. Acesso em: 23 de abril 2019.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 30 de maio de 2019.

_____, IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico Brasileiro, 2010**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santana-do-livramento/panorama>>. Acesso em: 22 de maio de 2018.

_____, Ministério da Saúde. CADSUS - **Sistema de Cadastramento de usuários do SUS**. Brasília: 2019. Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cadsus/cadsusweb>>. Acesso em 24 de out. 2019.

BAPTISTA, Tatiana W.F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito a saúde. In: ABRAHÃO, A.L.; MORENO, A.B. (Orgs.) **Políticas de saúde: Organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. Disponível em: < <https://www.passeidireto.com/arquivo/58700888/politicas-de-saude-a-organizacao-e-a-operacionaliza-cao-do-sus-pdf>>. Acesso em: 29 de maio de 2019.

BERTOLLI FILHO, História em movimento. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2004. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/36093487/historia-da-saude-publica-no-brasil-claudio-bertolli>>. Acesso em: 30 de maio de 2019.

BITTAR, Olímpio J Nogueira V et. al. **Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo**. Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, Brasil BEPA 2016; 13(152):1932 Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/308709045_Absenteismo_em_atendimento_ambulatorial_de_especialidades_no_estado_de_Sao_Paulo_Absenteeism_in_outpatient_care_specialties_in_Sao_Paulo>. Acesso em: 18 de setembro de 2019.

CATELAN, Daniele. **Absenteísmo no serviço ambulatorial do SUS: estratégias e perspectivas das equipes de saúde na rede pública do Departamento Regional de Saúde II –Araçatuba-SP 2011-2017**. São Paulo, 2018. Disponível em: < <https://docplayer.com.br/125080626-Daniele-catelan-versao-original.html>>. Acesso em: 10 de setembro de 2019.

CASSIOLATO, J.E.; BRITTO, J. N. P.; VARGAS, M. A. Arranjos cooperativos e inovação na indústria brasileira. Inovações, Padrões Tecnológicos e Desempenho das Firms Industriais Brasileiras. Brasília: IPEA, 2005. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5498>. Acesso em: 31 de maio de 2019.

CESCONETTO, A.; LAPA, J. S.; CALVO, M. C. M. Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 24(10):2407-2417, Out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001000021&script=sci_abstract>. Acesso em: 31 de maio de 2019.

COELHO, Eduardo Barbosa e cols. Relação entre frequência regular a consultas ambulatoriais e controle da pressão arterial em hipertensos. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 85, n. 3, p. 157-161, set. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005001600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 de junho de 2018.

CONASS, Progestores. Para entender a gestão do sus: **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

CONASS, Progestores. Para entender a gestão do sus. **Atenção Primária e Promoção da saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

CRUZ, F. O Método de Custeamento ABC Adaptado ao Controle Substantivo da Despesa Orçamentária ao Setor Público. **Contabilidade Vista & Revista**. v. 8, n. 1, p. 33-42, 1997. Disponível em: <<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/contabilidadevistaerevista/article/view/87>>. Acesso em: 13 de junho de 2019.

DALL'AGNESE, Lisiane Elisabete; GEIB, Lorena T. C. Absenteísmo ao Programa de Assistência Pré-Natal: motivos alegados por mães de crianças prematuras. **Boletim da Saúde**. v. 17. n. 1. 2003. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n1_03absenteismo.pdf> acessado em 19 de junho de 2018.

DE NEGRI, J.A; SALERNO, M.S; CASTRO, A.B. Inovações, Padrões Tecnológicos e Desempenho das Firms Industriais Brasileiras. Brasília: **IPEA**, 2005. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5498>. Acesso em: 12 de maio de 2019.

ERTEL, Débora - **Falta a consultas e exames do SUS na região chega a 30%**. NH – Jornal. 2018. Disponível em: <https://www.jornalnh.com.br/_conteudo/2018/04/noticias/regiao/2256425-falta-a-consultas-e-exames-do-sus-na-regiao-chega-a-30.html>. Acesso em 18 abril de 2019.

FAUSTO, Marcia C.R., MATTA, G.C. Atenção Primária a Saúde: histórico e perspectivas. In: JUNIOR, A.G.S; ABRAHÃO, A. L. (Orgs.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em: <https://www.concepcaoconsultoria.com.br/images/upload/file/Prefeitura%20Municipal%20de%20Presidente%20Janio%20Quadros_BA/Documentos%20para%20Consulta/Modelos%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20e%20a%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.pdf>. Acesso em: 29 de maio de 2019.

FLEURY, Sonia. Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 243-250, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89101995000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 de maio de 2019.

FIGUEIREDO, M.F.; FIGUEIREDO, A.C. Avaliação política e avaliações de políticas: um quadro de referência teórica. **Análise e Conjuntura**, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p. 107-127, set. /dez. 1986. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wIJD7j_iicEJ:josenorberto.com.br/josenorberto/AC-2007-38.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 31 de maio de 2019.

GODOY, A.S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, Mar/Abr. 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf>>. Acesso em: 16 de junho de 2019.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IZECKSOHN, Mellina Marques Vieira. FERREIRA, Jaqueline Teresinha. **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, v. 9, n. 32, 2014. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/viewFile/960/636>>. Acesso em: 20 de abril de 2019.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LUCCHESI, Patrícia. T.R et. Al (COOR.). **Políticas públicas em saúde. Informação para tomadores de decisão em saúde pública:** políticas públicas em saúde. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

MAGALHÃES, Rosana. Desenvolvimento social e Promoção da saúde. In LUCCHESI, T.R. et. al (Orgs.). **Informação para tomadores de decisão em saúde pública: Políticas públicas em saúde.** São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: ABRAHÃO, A.L; MORENO, A.B. (Orgs.) **Políticas de saúde: Organização e operacionalização do sistema único de saúde** . Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. Disponível em: < <https://www.passeidireto.com/arquivo/58700888/politicas-de-saude-a-operacionaliza-e-a-operacionaliza-cao-do-sus-pdf>>. Acesso em: 29 de maio de 2019.

MIGUEL, Milene. THEBALDI, Matheus. Prefeitura de Vitória. **Confirma Vitória:** cai índice de faltas às consultas médicas nas unidades. 2018. Disponível em: <<http://vitoria.es.gov.br/noticia/confirma-vitoria-cai-indice-de-faltas-as-consultas-medicas-nas-unidades-27121>>. Acesso em: 13 abril de 2019.

SANTOS, Julia Souza. **Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no sus: um estudo em um município baiano.** Vitória da Conquista, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6759/1/Diss%20MP.%20Julia%20Sousa%202008.pdf>>. Acesso em: 18 de setembro de 2019.

SALÁRIO, a. **Médico da Estratégia de Saúde da Família.** Disponível em: <<https://www.salario.com.br/profissao/medico-da-estrategia-de-saude-da-familia-cbo-225142/>>. Acesso em: 15 de maio de 2019.

_____, b. **Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família.** Disponível em: <<https://www.salario.com.br/profissao/enfermeiro-da-estrategia-de-saude-da-familia-cbo-223565/>>. Acesso em: 15 de maio de 2019.

_____, c. **Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família.** Disponível em: <<https://www.salario.com.br/profissao/tecnico-de-enfermagem-da-estrategia-de-saude-da-familia-cbo-322245/>>. Acesso em: 15 de maio de 2019.

SOUZA, Maria Fátima de. O programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 61, n. 2, p. 153-158. Brasília. Mar/Abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 de junho de 2019.

SILVA, A. A. P.; FERREIRA, M. A. M.; BRAGA, M. J.; ABRANTES, L. A. Eficiência na alocação de recursos públicos destinados à educação, saúde e habitação em municípios mineiros. *Contabilidade, gestão e governança*, v. 15, n. 1, p. 96-114, Jan. /Abr. 2012. Disponível em:<<https://cgg-amg.unb.br/index.php/contabil/article/view/389>>. Acesso em: 31 de maio de 2019.

APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS**

Ilmo. Sr (a)

Enrique Civeira

Responsável Administrativo

Santana do Livramento, _____ de _____, 2019.

Eu, Juliana Oliveira Pires Espírito Santo, com matrícula 161152366, matriculada no curso superior de Tecnologia em Gestão Pública da Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA, sob a orientação da professora Isabela Braga da Matta, venho solicitar a V. Sa. a autorização para coleta de dados nessa instituição, com a finalidade de realizar a pesquisa de iniciação científica intitulada: **“O absenteísmo na saúde pública: uma análise das faltas nas consultas médicas nas UBS’s e ESF’s de Santana do Livramento/RS”**. A coleta de dados ocorrerá mediante a utilização de pesquisa documental sobre as Estratégias de Saúde da Família do município e UBS, suas áreas de atuação e população atendida, percentual ou total número de faltantes de cada Estratégia ou UBS, entrevistas com os usuários do sistema e observação para compreender como o sistema funciona. Igualmente, assumo o compromisso de utilizar os dados obtidos somente para fins científicos, bem como de disponibilizar os resultados obtidos para esta instituição e assegurar o anonimato dos entrevistados.

Agradecemos antecipadamente e esperamos contar com a sua colaboração.

Atenciosamente,

Juliana Oliveira Pires Espírito Santo

Eu, Isabela Braga da Matta, responsabilizo-me pelo trabalho científico da aluna Juliana Oliveira Pires Espírito Santo.

Isabela Braga da Matta

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Essa entrevista integra o Trabalho de Conclusão de Curso, da aluna Juliana Oliveira Pires Espírito Santo, que procura identificar o índice e as causas do absenteísmo nas especialidades agendadas nos postos de saúde de Santana do Livramento. Ele visa a melhoria tanto da utilização da demanda disponível quanto a gestão de recursos da Secretaria Municipal de saúde. O presente estudo está sob orientação da Professora Isabela Braga da Matta.

Ressalta-se que os dados aqui obtidos serão mantidos em total anonimato sem quaisquer possibilidades de divulgação de informações que possibilitem a identificação dos respondentes, e serão utilizados em sua integralidade para fins acadêmicos. Sendo esta pesquisa um requisito parcial para aprovação do trabalho de conclusão do Curso de Gestão Pública da Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA.

Eu, _____,
declaro que li e fui informada do objetivo da pesquisa. Minha participação é inteiramente voluntária, autorizo o registro das informações fornecidas por mim, através de questionário, para serem utilizadas integralmente ou em partes desde a presente data. Seu controle e guarda ficará em poder da discente Juliana Oliveira Pires Espírito Santo para realização da pesquisa intitulada: **O absenteísmo na saúde pública: uma análise das faltas nas consultas médicas nas UBS's e ESF's de Santana do Livramento/RS.**

Santana do Livramento, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do entrevistado

Juliana Oliveira Pires Espírito Santo

Isabela Braga da Matta

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
RUA BARÃO DO TRIUNFO, 1048, CENTRO - SANTANA DO LIVRAMENTO
– RIO GRANDE DO SUL
FONE (55) 3967 - 1700

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Número de controle: _____

- 1- Nome: _____
- 2- Qual a sua função dentro da UBS/ESF?
- 3- Há quanto tempo você trabalha nesta UBS/ESF e nessa função?
- 4- A unidade de saúde em que você está trabalhando possui algum sistema de controle quantitativo das faltas nas consultas agendadas dos usuários?
- 5- Como são realizados os agendamentos em sua unidade de saúde? Esse sistema era assim quando você ingressou? Me conte como foi a implementação do sistema de agendamento da sua unidade.
- 6- Me descreva qual sua opinião sobre a forma de agendamento de sua unidade de saúde. Você acha que deveria mudar alguma coisa? Por quê?
- 7- Caso você pudesse mudar a forma de trabalhar nos agendamentos, me explique como faria para que tenha a diminuição do absenteísmo dos usuários na sua unidade de saúde.
- 8- A sua unidade de saúde entra em contato com o usuário quando percebe a falta do mesmo? E qual a dificuldade encontrada?
- 9- Qual a principal justificativa recebida dos usuários correlação as faltas?
- 10- A equipe da sua unidade de saúde está planejando alguma estratégia para diminuir as faltas dos usuários nas consultas?
- 11- Você pode me descrever quais são os impactos gerados em sua unidade de saúde quando um usuário falta à consulta agendada?
- 12- Você tem mais alguma coisa a acrescentar?

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO

I-DADOS PESSOAIS:

1. Idade: _____
2. Sexo: () Masc. () Fem. () Outros
3. Número de Filhos: _____
4. Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () União Estável
5. Escolaridade:

<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Superior Incompleto	<input type="checkbox"/> Superior Completo <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Sem instrução
--	--

II- DADOS PROFISSIONAIS:

6. Profissão: _____
7. Renda familiar mensal
 - () < menor que um salário mínimo
 - () Até 1 salário mínimo (R\$998,00)
 - () De 1 a 3 salários mínimos (R\$998,00 até R\$2.994,00)
 - () De 3 a 6 salários mínimos (R\$2.994,00 até R\$5.988,00)
 - () De 6 a 9 salários mínimos (R\$5.988,00 até R\$8.982,00)
 - () Acima de 9 salários mínimos (acima de R\$8.982,00)

III – DADOS SOBRE CONSULTAS

8. Qual é a especialidade agendada que você procurou?

9. Qual o motivo da busca desse especialista?
 - () Renovar a receita médica por tratamentos continuados;
 - () Mostrar exames solicitados pelo médico;
 - () Foi encaminhado por outro médico;
 - () _____

Outros: _____
10. Você tem algum conhecimento de como é realizado o agendamento das consultas na unidade onde você se consulta?

11. Você teve em mãos o encaminhamento para a consulta? E qual foi a forma de agendamento?
 - () Sim, marquei diretamente na unidade de saúde.
 - () Sim, peguei diretamente na unidade de saúde.
 - () Sim, o agente comunitário me entregou em casa.

() Sim, marquei através de um serviço especializado, Ex.: SAE,... Secretaria de saúde.

() Sim, um conhecido marcou para mim.

() Sim, por outras formas.

() Não, o agente de saúde não me entregou.

() Não, o encaminhamento foi extraviado (perdido).

() Não, não tive conhecimento.

12. Quanto tempo demorou entre o dia em que você procurou o serviço na unidade e o dia que conseguiu agendar a consulta?

() Conseguiu na hora em que procurou o agendamento;

() Até uma semana;

() Entre uma semana e um mês;

() Entre um mês e três meses;

() Entre três meses e seis meses;

() Mais de seis meses.

13. Você compareceu a consulta agendada?

() SIM

() NÃO

Se a opção for **não**, qual o motivo do não comparecimento? (Se necessário marcar mais de um item):

14. Quando você não vai à consulta, a unidade de saúde entra em contato para um futuro reagendamento?

() SIM

() NÃO

SE A RESPOSTA FOR **NÃO**, VOCÊ ENTRA EM CONTATO PARA DESMARCAR E REMARCAR A CONSULTA?

() SIM

() NÃO

15. Você tem alguma sugestão para melhorar o agendamento?
