

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro”***

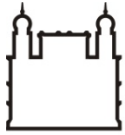
*por*

***Mellina Marques Vieira Izecksohn***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre  
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.ª Dr.ª Jaqueline Teresinha Ferreira*

*Rio de Janeiro, setembro de 2013.*



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



*Esta dissertação, intitulada*

***“Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro”***

*apresentada por*

***Mellina Marques Vieira Izecksohn***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria Ferreira Romano

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elyne Montenegro Engstrom

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jaqueline Teresinha Ferreira – Orientadora

*Dissertação defendida e aprovada em 18 de setembro de 2013.*

À minha família por me apoiar e “suportar” sempre.

## **Agradecimentos**

Agradeço a minha família pelo apoio incondicional, ao meu marido, David, pela paciência pelo meu temperamento instável e pela revisão constante do trabalho, bem como a minha mãe, Claudenice, e minha irmã, Milena. Ainda, a minha sogra, Fanny, pelas palavras de incentivo.

À Aimée e ao Gelsom, em nome da família GESFA, por entenderem o meu afastamento sem o qual não conseguiria seguir adiante.

Agradeço à minha equipe, Parque Carlos Chagas, Sandra, Maria, Vera, Rosilene, Débora, Janaína e Monique, por entenderem a minha ausência nesses dois anos e pelo apoio constante.

Aos meus internos e residentes, Ricardo e Fernanda, por compreenderem que não pude me dar ao máximo para a sua formação nesses dois anos.

Às minhas irmãs de carona, Fernanda e Sabrina, pelo apoio e incentivo constante.

Às minhas amigas, Alessandra, Francine, Nathalia, Ana, Marcele e Solange, pela companhia nessa árdua caminhada.

À minha orientadora, Jaqueline, por estar sempre presente, pelos ensinamentos e permitir que eu trilhasse por novos caminhos.

À Eliana Melamed pelo auxílio na coleta de dados.

Às equipes de saúde da família de Manguinhos pelo auxílio nas entrevistas.

À Coordenação e Gerência do TEIAS Manguinhos pela oportunidade de ingressar no mestrado.

Ao professor Carlos Eduardo por ter me mostrado a vida acadêmica e incentivado sempre.

A professora Valéria pelas idéias, pelo apoio e pelo carinho.

E aos usuários que me acolheram e permitiram a realização desse trabalho.

*“O saber a gente aprende com os escritores e os livros.  
A sabedoria, se aprende é com a vida e com os humildes.”*

*Cora Coralina*

## RESUMO

Os motivos que levam o usuário da Estratégia de Saúde da Família (ESF) a comparecer ou não às consultas médicas programadas precisam ser conhecidos devido ao impacto negativo que as faltas podem causar no serviço de saúde, inclusive de caráter financeiro, e no cuidado do usuário. O estudo realizado foi uma pesquisa quanti-qualitativa, cujas técnicas consistiram na quantificação de faltosos em duas equipes do Centro de Saúde Escola Manguinhos no período de seis meses e de entrevista semiestruturada com 22 pacientes cadastrados na ESF que faltaram ou não às consultas médicas agendadas nos quinze dias que antecederam a entrevista. Este teve por objetivo quantificar as faltas, conhecer o motivo e a percepção do usuário quanto à importância de comparecer às consultas agendadas, identificando as razões para o não comparecimento. Assim, foi identificado um percentual de faltas de 48,9% no período de seis meses estudado, sendo que destas faltas, 58,5% das pessoas faltaram uma vez, 26,5% faltaram duas vezes e 15% faltaram mais de três vezes. O principal motivo para agendamento das consultas dos usuários foi o acompanhamento de sua saúde que pode ter diversas interpretações por parte dos profissionais de saúde e dos pacientes. Dentre os motivos para as faltas às consultas citados pelos usuários, se destacou o esquecimento assim como o agendamento em horários inoportunos, grande parte no horário de trabalho. Alguns ruídos na comunicação dos usuários com a Unidade de Saúde também foram identificados, como a impossibilidade de cancelamento do encontro sem que o mesmo compareça ao serviço. O papel do ACS como a pessoa que agenda as consultas também é relevante para esta questão contribuindo tanto para a assiduidade como para as faltas às consultas. Assim, foi possível identificar alguns aspectos relacionados à organização do serviço de saúde e a características do usuário. A ampliação das formas de comunicação da equipe com os usuários, tendo em vista a ampliação do cuidado, um aprimoramento da escuta e pactuação entre os atores no momento do agendamento considerando o cotidiano dos usuários; e uma maior flexibilização da equipe e de seus horários, bem como um maior comprometimento por parte do usuário, a implantação de envio de mensagem de texto, são algumas propostas que surgem para melhorar a assiduidade às consultas médicas.

**Palavras-chave:** consulta médica, adesão do paciente, agendamento de consultas médicas, marcação de consultas, absenteísmo.

## ABSTRACT

The reasons that lead the user to the Family Health Strategy (FHS) to attend or not medical appointments scheduled must be known because of the negative impact that absences can cause in the health service - including financial damages - and in care user. The study included a quantitative and qualitative research, which techniques consisted of the quantification of absentees into Manguinhos Health Center's two teams within six months, and of semi-structured interviews with 22 patients enrolled in the FHS that have missed or not medical appointments scheduled in fifteen days prior to the interview. This aimed to quantify the absences, know the reason and patient's perception of the importance of attending appointments, identifying the reasons for non-attendance. Thus, it was identified a percentage of faults to 48.9% in six months of studies, and among these faults, 58.5% of individuals faults, 26.5% missed twice and 15% missed more than three times. The main reason for the scheduling of appointments was monitoring the user. Monitoring may have different interpretations according to health professionals or patients. Among the reasons for missing appointments, cited by patients, there were oblivion and difficult schedule, mostly coinciding with the work schedule. Some problem in the communication of the patients with the Health Unit was also identified, such as the impossibility of canceling the meeting without the person go to the service. The role of community agent as the person who schedules the queries is also relevant to this issue contributing to both the attendance and absences for the consultations. Thus, it was possible to identify some aspects related to the organization of the health service and user characteristics. The expansion of forms of team communication with users, with a view to expanding care, improvement of listening and agreement between the actors at the time of scheduling considering the daily lives of users, and greater flexibility of staff and their schedules, as well as a greater commitment on the part of the user, the implementation of text messaging, are some proposals that arise to improve attendance at medical appointments.

**Key words: no-show, failed appointment, missed appointment, link.**

# SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b>	<b>10</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b>	<b>11</b>
<b>I. INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>1.1 A Estratégia de Saúde da Família</b>	<b>15</b>
<b>1.2 Cenário de estudo</b>	<b>17</b>
<b>II. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>21</b>
<b>2.1 A consulta médica</b>	<b>21</b>
<b>2.2 A consulta médica no âmbito do cuidado</b>	<b>22</b>
<b>2.3 Comunicação médico-paciente</b>	<b>23</b>
<b>2.4 Necessidades de saúde</b>	<b>25</b>
<b>2.5 Protocolos</b>	<b>28</b>
<b>2.6 Acessibilidade às consultas médicas</b>	<b>29</b>
<b>III. OBJETIVOS</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Objetivo Geral</b>	<b>33</b>
<b>3.2 Objetivos específicos</b>	<b>33</b>
<b>IV. METODOLOGIA</b>	<b>34</b>
<b>4.1 Caracterização do estudo</b>	<b>34</b>
<b>4.2 Cenário e Universo do estudo</b>	<b>34</b>
<b>4.3 Técnicas de pesquisa</b>	<b>35</b>
<b>4.3.1 Levantamento do número de faltosos</b>	<b>35</b>
<b>4.3.2 Entrevistas</b>	<b>36</b>
<b>4.4 Análise de dados</b>	<b>38</b>
<b>4.5 Considerações éticas</b>	<b>39</b>



<b>V. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	41
5.1 Levantamento das faltas	41
5.2 Perfil dos entrevistados	42
5.3 Acessibilidade de acordo com o serviço	47
5.4 O “acompanhamento” como norteador da valorização da consulta médica	52
5.5 Trabalho e consulta médica	55
<b>VI. CONCLUSÃO</b>	57
<b>VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	61
<b>ANEXO I: Roteiro de entrevista</b>	67
<b>ANEXO II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	74
<b>ANEXO III: Decreto no.27.048 de 12 agosto de 1949</b>	76
<b>ANEXO IV: Lei no. 11.350 de 5 outubro de 2008</b>	77
<b>ANEXO V: Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa ENSP</b>	78

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
ADW – Alert Data Warehouse  
AP – Área Programática  
BOPE – Batalhão de Operações Especiais  
CHP2 – Conjunto Habitacional Provisório 2  
CORE – Coordenadoria de Recursos Especiais  
CSEGSF – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria  
CSE Manguinhos – Centro de Saúde Escola Manguinhos  
DM – Diabetes Mellitus  
DESUP – Depósito de Suprimentos do Exército  
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
EUA – Estados Unidos da América  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
GRES – Grêmio Recreativo Escola de Samba  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica  
IDH – Índice de desenvolvimento humano  
OS – Organização Social da Saúde  
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
SAD – Sistema Avançado de Dados  
SAIS – Sistema Avançado de Informação em Saúde  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SMS RJ– Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TEIAS – Território Integrado de Atenção à Saúde

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de assíduos e faltosos do total de agendados de julho a dezembro de 2012.	41
Tabela 2. Número de faltosos pela frequência de faltas de julho a dezembro de 2012.	41
Tabela 3. Proporção de homens e mulheres dentre os entrevistados.	42
Tabela 4. Entrevistados conforme faixa etária.	42
Tabela 5. Situação familiar dos entrevistados, quantidade de moradores por residência.	43
Tabela 6. Estado civil dos entrevistados divididos entre assíduos e faltosos.	44
Tabela 7. Renda familiar dos entrevistados.	44
Tabela 8. Renda individual dos entrevistados.	44
Tabela 9. Quantidade de entrevistados faltosos que recebem ou não o benefício: Bolsa Família.	45
Tabela 10. Relação da escolaridade dos entrevistados conforme comparecimento à consulta médica.	45
Tabela 11. Relação da ocupação dos usuários entrevistados.	46
Tabela 12. Proporção de pessoas que agendam a consulta entre faltosos e assíduos.	49

## **I. INTRODUÇÃO**

Há cinco anos trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) acompanhando famílias residentes na área adscrita correspondente à equipe da qual faço parte. Este acompanhamento é feito, principalmente, por meio de consultas na Unidade de Saúde, visitas domiciliares e grupos educativos.

No que tange aos atendimentos no consultório, estes se dividem em demandas programadas e espontâneas. As programadas são agendadas e estão principalmente relacionadas às condições crônicas que necessitam de uma maior investigação ou acompanhamento e consultas preventivas, enquanto as espontâneas são queixas agudas, que não podem esperar o agendamento.

A ESF, hoje, no município do Rio de Janeiro (RJ), é regida por um contrato de gestão<sup>1</sup> feito entre a Secretaria Municipal de Saúde do RJ (SMS RJ), as Organizações Sociais (OS) e a Gestão das Equipes de Saúde da Família. Segundo a Prefeitura do Rio de Janeiro<sup>1</sup>, o turno do profissional médico deveria ser dividido entre atendimentos programados e espontâneos, onde os primeiros deveriam ocupar a maior parte da agenda.

Compartilho da premissa que diz que a maior parte das consultas deveriam ser agendadas, para entre outros aspectos, garantir uma melhor organização da agenda, a longitudinalidade do cuidado e uma melhor qualidade das consultas oferecidas.

Com isso, surge um questionamento: como conseguir alcançar esse objetivo com o alto índice percebido, e imprevisível, de falta às consultas agendadas por parte dos usuários? Além disso, como garantir a continuidade do cuidado nesse contexto? Ainda, no que as metas preconizadas para os profissionais de saúde conflitam com a percepção dos usuários sobre a necessidade ou não destas consultas?

Ao longo desses anos, tenho observado empiricamente que os usuários faltam mais as consultas preventivas, como, por exemplo, o exame citopatológico feminino ou o acompanhamento do controle da hipertensão arterial, do que em casos de queixas clínicas específicas, por exemplo, a redução da acuidade visual. Fato que é corroborado em alguns estudos, contrariando a expectativa dos profissionais em realizar consultas preventivas e estimular o autocuidado.<sup>2</sup>

Inicialmente, minha percepção me levou a responsabilizar o usuário - como parece ser uma tendência dos profissionais de saúde<sup>3</sup> - e pensar em dados quantitativos que

caracterizassem as faltas e o perfil do usuário faltoso, enfatizando esta questão. Buscando na literatura percebi que já se encontram bem definidos alguns aspectos que determinam a ausência às consultas médicas. Entretanto, a avaliação da percepção do usuário, extremamente importante para a minoração desse problema, ainda foi pouco explorada.

Continuando nesta reflexão passei a relativizar meu olhar sobre a questão, questionando qual o significado das consultas agendadas para o usuário: ele as vê como necessárias? Qual a importância que ele lhe atribui, principalmente no que tange às consultas preventivas? Será que para ele a consulta faz parte do seu cuidado? E, pensando na organização da equipe: será que a lógica do agendamento não é feita só objetivando o profissional e desconsiderando o usuário? Qual a parcela de responsabilidade sobre as faltas que cabe o usuário e, qual parcela que deveria ser atribuída ao profissional de saúde?

Para definir melhor o problema de faltas às consultas, foi realizado um levantamento preliminar deste índice das consultas feitas pela Equipe Parque Carlos Chagas, na qual atuo há cinco anos como médica, entre o período de 01 a 31 de maio de 2012. Após análise dos dados coletados, encontramos um percentual de 26% de faltas às consultas médicas programadas e de 34% às de enfermagem. Ao analisarmos os dois dados conjuntamente o percentual de ausência foi de 29%, que corresponde a 78 consultas num total de 269 agendadas para as duas categorias profissionais.

Na mídia esse assunto também é explorado frequentemente, onde reportagens são facilmente encontradas <sup>4, 5, 6, 7, 8, 9, 10</sup>, descrevendo as causas identificadas para as faltas, o percentual de faltas e como isso pode interferir com o cuidado do usuário. Por exemplo, em reportagem da “A Gazeta” de maio de 2011<sup>9</sup>, foi identificado que o percentual de falta às consultas agendadas pela Secretaria de Estado da Saúde, no Espírito Santo, pode chegar a 70% nos meses de férias, que são janeiro, fevereiro, julho e dezembro. Uma consequência da falta às consultas agendadas, também referido nas reportagens, consiste na dificuldade de outros usuários acessarem o sistema de saúde, com aumento das filas de espera para agendamento, porque esse usuário irá agendar uma nova consulta, prendendo mais um horário de atendimento que poderia ser destinado à outra pessoa. Pode, inclusive, nesses casos, dar uma falsa impressão de falta de profissional ou de vagas, causados pelo mau aproveitamento do serviço ofertado.

Na literatura científica alguns estudos mostram que a taxa de não comparecimento em ambulatório de saúde mental, por exemplo, pode ser maior que 50%<sup>11,12</sup>. Vale ressaltar que a maioria desses estudos foram realizados em ambulatórios de especialidades e hospitais. No entanto, conforme já referido, os estudos e reportagens se restringem aos dados quantitativos, e existem poucos estudos qualitativos sobre o não comparecimento às consultas ou a importância destas para os usuários. Os estudos que buscam analisar as razões das faltas às consultas referem como fatores determinantes a distância entre a data do agendamento e a consulta, esquecimento, dificuldade de liberação do trabalho, filhos, transporte, melhora do sintoma que ocasionou o agendamento e atendimento médico prévio, sem que seja agendado (em demanda espontânea), além de relatos, inclusive, do usuário não ter sido avisado da marcação<sup>11, 13, 14, 15, 16, 17</sup>. Apesar de existirem estudos que relacionam a adesão ao tratamento com a relação médico-paciente, não encontramos estudos que a associem a falta às consultas médicas, porém é uma questão que pode identificar na prática, quando um usuário relata, por exemplo, que não vai à consulta porque não gosta do médico. Outra questão que identifiquei no meu cotidiano e que não encontramos sendo abordada na literatura é a facilidade de reagendamento das consultas como facilitador do absenteísmo, comprometendo a valorização da consulta programada.

A literatura aponta muitas alternativas para diminuir as faltas às consultas que já foram pensadas, como: avisar pelo correio; fazer a marcação individualizada, considerando o perfil do usuário; evitar a remarcação automática das pessoas que faltam às consultas; adaptar a marcação ao horário de trabalho do usuário; lembrar do agendamento no dia anterior pelo agente comunitário de saúde (ACS); entre outras<sup>13, 14, 18</sup>. No entanto, em algumas situações, os resultados não são expressivos, o que nos reforça a noção de que, sem entender a percepção do usuário torna-se difícil a redução desse problema. Dessa forma, o presente estudo visa além de quantificar as faltas, conhecer o motivo e a percepção do usuário quanto à importância de comparecer às consultas agendadas, identificando as razões para o não comparecimento.

## 1.1 A Estratégia de Saúde da Família

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>19</sup> preconiza que no Brasil, a Atenção Básica seja desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo o mais próximo possível da vida das pessoas. Esta se orienta pelos princípios da: universalidade; acessibilidade; vínculo; continuidade do cuidado; integralidade da atenção; responsabilização; humanização; equidade e participação social.

Dentre os fundamentos e diretrizes da Atenção Básica, no que se refere a este estudo, temos o território adscrito, o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, e a corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.

A PNAB<sup>19</sup> tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização do sistema de saúde deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do Sistema Único de Saúde (SUS), configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades regionais.

Dessa forma, a Estratégia de Saúde da Família surge como uma aposta de organização do Sistema de Saúde e como modelo de reorientação da Atenção Básica<sup>19, 20, 21</sup>. Com isso, a expansão e a qualificação da atenção primária organizada pela Estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção tem a proposta de superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, passando a centrar na pessoa, no entanto, apesar de estabelecida teoricamente, o que identificamos ainda é uma manutenção do foco na doença, em detrimento do indivíduo. Desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade<sup>19, 20, 21</sup>.

Dentre os atributos da atenção primária descritos por Starfield<sup>20</sup>, seguindo a linha da PNAB, estão: a atenção ao primeiro contato; a longitudinalidade; a integralidade e a coordenação do cuidado.

No que tange o presente trabalho, o atributo que se destaca é a longitudinalidade, que compreende o vínculo entre usuário e equipe de saúde, e pressupõe uma fonte regular de cuidado e seu uso ao longo do tempo. A longitudinalidade está fortemente

relacionada à boa comunicação, que favorece o acompanhamento do paciente, a continuidade e a efetividade do tratamento. Nesse ínterim, para que a continuidade seja garantida, o usuário deve ter o compromisso de comparecer nos horários agendados na Unidade e o serviço tem de garantir a acessibilidade deste usuário<sup>19,21</sup>, havendo, portanto, a corresponsabilização do usuário no seu cuidado.

Ainda nesse aspecto, um trecho da PNAB<sup>19</sup> relacionado ao acesso universal deve ser destacado no que tange as diretrizes da atenção básica: “... Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta...”

Desde 2010 as equipes de saúde da família vêm trabalhando, no município do Rio de Janeiro, pautadas nos contratos de gestão firmados entre as OS e a SMS RJ, inclusive em Mangueiras. Tais contratos foram assinados na lógica de pagamento por desempenho<sup>1</sup>, onde são estabelecidas metas a serem alcançadas pelas equipes, como tentativa de orientação do processo de trabalho das mesmas. Neste aspecto, o não comparecimento dos usuários às consultas agendadas compromete diretamente o alcance das metas propostas por esses contratos. Por exemplo, uma das metas das equipes consiste em que 80% do total de hipertensos tenham duas consultas nos últimos 12 meses, o mesmo também aparece para usuários diabéticos. Assim, se a equipe se organizar para agendar o usuário e este não comparecer, o alcance da meta é comprometido. Nesse contexto, faz-se necessária uma reflexão sobre a determinação das metas e em que estas estão pautadas, já que não são flexíveis de acordo com as características socioeconômicas da população adscrita, ou com a composição da equipe. Em algumas situações metas plenamente cabíveis para uma comunidade são desconexas com a realidade da outra. E nessa situação, a adequação das metas e a organização das equipes se tornam de extrema importância.



Dessa forma, podemos identificar dois problemas iniciais advindos do não comparecimento às consultas: o comprometimento da longitudinalidade do cuidado do usuário e o comprometimento do processo de trabalho das equipes, gerando inclusive um impacto econômico negativo, se considerarmos as consultas como produção, no sentido financeiro, considerando a hora paga ao profissional. Em síntese, isso leva a uma subutilização clínica e administrativa, ocasionando um aumento de tempo de espera dos outros usuários para agendamento, e interferindo diretamente com a continuidade do cuidado.

Além disso, considerando que estudaremos um Centro de Saúde Escola, que possui tanto graduandos de medicina quanto residentes médicos de Medicina de Família e Comunidade, outro aspecto que deve ser considerado é que as faltas podem comprometer o aprendizado dos mesmos<sup>22,23</sup>, pela dificuldade do planejamento da agenda e acompanhamento dos pacientes.

## **1.2 Cenário do estudo**

O cenário do estudo se constitui no complexo de Manguinhos, situado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, com cerca de 36.000 moradores, renda per capita de R\$ 118,86<sup>24</sup>, IDH de 0,726<sup>24</sup> e que, segundo o Instituto Pereira Passos, encontra-se na 122<sup>a</sup> colocação em relação ao IDH entre os 126 bairros do município. A violência local, relacionada ao tráfico de drogas e às frequentes incursões policiais, fazia parte do cotidiano dos moradores da região até a ocupação da área pela polícia militar, em 14 de outubro de 2012 e a instalação da Unidade de Polícia Pacificadora no início de 2013. O que se configura, em 2013, é um clima de menos violência e de muita desconfiança, com policiais militares circulando intensamente por todas as comunidades.

Neste território, a ESF foi implantada no ano 2000 por meio de convênio estabelecido entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Inicialmente, foram formadas duas equipes de saúde da família nas comunidades Mandela de Pedra e Parque João Goulart. Essas equipes foram alocadas no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), departamento da ENSP /Fundação Oswaldo Cruz<sup>25</sup>. No ano de 2004, foram implantadas mais seis equipes nas comunidades: Comunidade Agrícola de Higienópolis;

Conjunto Habitacional Provisório 2 (CHP2); Monsenhor Brito; Parque Carlos Chagas; Parque Oswaldo Cruz; Samora Machel; Vila São Pedro e Vila Turismo, totalizando oito equipes nesta região. Em 2010, a gestão da Estratégia de Saúde da Família no território de Manguinhos é modificada, através do contrato de gestão esta passa a ser realizada pelo TEIAS Manguinhos, com uma nova territorialização e o estabelecimento de gestão por resultados. Nesse contexto, com a inauguração da Clínica de Família Victor Valla e a organização das equipes de saúde da família localizadas no CSEGSF como Centro de Saúde Escola Manguinhos, se alcança 100% de cobertura pela ESF do bairro de Manguinhos. Nesse momento também, é iniciada a informatização do serviço, com a implantação do prontuário eletrônico ALERT.

O CSEGSF, dessa forma, atualmente, se configura como uma Unidade Mista, onde atuam equipes de saúde da família e especialistas, como dermatologista e psiquiatra, que atendem usuários não residentes em Manguinhos e fornecem suporte aos profissionais da Estratégia. Vale ressaltar que o CSEGSF continua funcionando como porta aberta, ou seja, acolhendo os usuários de todo município que tem prontuário na Unidade, em primeiro momento, seguindo do encaminhamento pelo Serviço Social para a Unidade de referência mais próxima à moradia do cidadão, onde poderão continuar seu acompanhamento.

Manguinhos<sup>26</sup> faz limites com os bairros de Bonsucesso, Higienópolis, Jacarezinho, Jacaré, Benfica, Caju e Maré. Localiza-se facilmente esse bairro a partir da Avenida Brasil, sentido Santa Cruz, avistando o Pavilhão Mourisco, conhecido popularmente como Castelinho da FIOCRUZ. Outras referências são a Refinaria de Manguinhos, localizada às margens da Avenida Brasil, ao lado da FIOCRUZ, a Capela São Daniel Profeta, projetada por Oscar Niemeyer; na Avenida dos Democráticos, a Grêmio Recreativo Escola de Samba Unidos de Manguinhos e a Biblioteca Parque de Manguinhos, junto ao antigo Depósito de Suprimentos do Exército (DESUP), na Avenida Dom Helder Câmara (antiga Avenida Suburbana).

Manguinhos inclui um conjunto de comunidades da Zona Norte do Rio de Janeiro, são elas: CHP2; Conjunto Habitacional Nelson Mandela; Parque João Goulart; Vila Turismo; Parque Carlos Chagas (Varginha); Mandela de Pedra; Nova Embratel; Samora Machel; Parque Oswaldo Cruz (Amorim); Companhia Nacional de Abastecimento - Conab (Vitória de Manguinhos); Vila União; Vila São Pedro e Comunidade Agrícola de Higienópolis.

Com o Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), áreas que até então eram vistas como próximas a Manguinhos, como Cooperativa Central dos Produtores de Leite (CCPL) e DESUP (hoje chamada de “Predinhos”, que abriga a Biblioteca Parque Manguinhos), foram incorporadas ao Complexo de Manguinhos, para serem atendidas pelos programas sociais deste plano.

No Centro de Saúde Escola Manguinhos existem sete equipes, que atuam no território de Manguinhos em comunidades próximas à Unidade. Algumas possuem acidentes geográficos que podem dificultar o acesso, principalmente para idosos, gestantes e deficientes físicos, como ladeiras, ruas de grande fluxo de carros e a linha do trem desativada.

Desde o final de 2010, o prontuário eletrônico é utilizado pelas equipes de saúde da família do TEIAS Manguinhos. O sistema disponível, como relatado, é da empresa ALERT, conjuntamente com o SAIS. O primeiro sendo responsável pelos registros de atendimentos, procedimentos e visitas domiciliares por parte da equipe técnica, composta por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, e o segundo responsável, principalmente, pelos registros feitos pelos agentes comunitários, como acolhimento, marcação de consultas, registro de visitas domiciliares e cadastro das famílias, além do registro de grupos educativos e agenda de todos os profissionais.

Esses dois sistemas atuam em conjunto e são capazes de gerar relatórios mensais com o número das consultas realizadas por profissional, assim como as características da população cadastrada, como idade, sexo, renda, comorbidades, entre outras. Essa plataforma é acessível a todos os profissionais da ESF. Muito embora se possa identificar nesse instrumento de informação se o usuário compareceu às últimas consultas, desde que agendadas no sistema, não é possível acessar relatórios por profissional com esses dados. Para tanto, é necessário o acesso ao relatório ADW, que é fornecido pela gerência de informação do TEIAS Escola Manguinhos. Nesse relatório está descrito por profissional e por mês, a situação de cada usuário agendado, se foi realizado (atendido) ou não realizado (não atendido).

Dentre as sete equipes presentes no Centro de Saúde Escola Manguinhos, estudaremos duas equipes, e estas utilizam apenas o sistema eletrônico para agendamento das consultas médicas, o qual é realizado por qualquer membro da equipe, preferencialmente no Centro de Saúde, pelos agentes comunitários de saúde, mas pode, excepcionalmente, ser realizado na comunidade, segundo informado pelos médicos e

enfermeiros. Faz-se importante ressaltar que a Unidade funciona de segunda à sexta-feira, no horário de 08 às 17 horas, e que a marcação pode ser feita durante todo o expediente e não há, até o momento, outra forma que não seja a presencial, para realizar o agendamento.

As duas equipes estudadas estão completas e trabalham com os mesmos profissionais há mais de um ano, ambas recebem alunos de graduação de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e uma delas ainda recebe um residente médico de Medicina de Família e Comunidade da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Tais equipes foram escolhidas por estas razões e igualmente por serem equipes distintas da pesquisadora, proporcionando uma maior relativização para a realização deste estudo.

## II. REFERENCIAL TEÓRICO

Antes de abordar a pesquisa em si, considero fundamental me ater a alguns referenciais teóricos que possam iluminar os aspectos pertinentes à frequência às consultas médicas. Dessa forma, a partir de agora, iremos discorrer sobre as consultas médicas, a comunicação médico-paciente, o cuidado, as necessidades de saúde, os protocolos clínicos de atendimento e questão da acessibilidade.

### 2.1 A consulta médica

O presente estudo trata das faltas às consultas médicas agendadas, mas para tanto se faz necessário definir o que é a consulta médica e discorrer sobre a motivação para sua marcação.

A consulta médica é compreendida como uma ação que se desenrola em tempo e espaço definidos, onde os atores sociais “médico” e “paciente” possuem atos e falas que seguem uma sequência determinada. É um momento exclusivo, com etapas bem definidas, onde os atores se defrontam. Nesse cenário o paciente discorre sobre seus sintomas e responde as perguntas do médico, que, por sua vez, analisa e avalia o usuário desde o momento que adentra no consultório.<sup>27</sup>

A motivação para agendamento da consulta pelo usuário está predominantemente, de alguma forma, relacionada a doenças, por meio de sintomas clínicos, solicitação de exames ou prescrição de medicamentos.

A medicalização, amplamente estimulada pela mídia e pelos profissionais de saúde, contribui para que o recurso médico seja acionado pela população de forma desproporcional às suas necessidades. Nesse contexto, muitas vezes, o papel do médico é concebido como fornecedor de receitas médicas e/ou medicamentos<sup>2</sup>, onde prescrições não medicamentosas não são bem vistas.

O indivíduo é classificado como doente segundo a sua sociedade e de acordo com os critérios e modalidades que ela fixa. Diante desta perspectiva, a doença é uma construção social. Do ponto de vista do doente as representações dos sintomas são influenciadas por vários elementos: como suas representações do corpo em geral, suas experiências individuais e as compartilhadas por suas redes de relação, e ainda a

influência do discurso médico<sup>27</sup>. Dessa forma, tanto as representações dos pacientes como as representações médicas são constituídas de saberes apropriados de ambos os polos.

Quando pensamos nos saberes técnico-científicos, podemos discorrer sobre saberes de ordem técnica e de ordem prática, onde, o *eixo técnico* é a dimensão instrumental – por exemplo, a relação entre o uso de um vasodilatador e a redução do risco de agravos cardiovasculares em um paciente, ou da incidência desses agravos na população e o *sucesso prático* que incorpora a dimensão de atribuição de valor as implicações simbólicas, relacionais e materiais dessas ações na vida cotidiana – por exemplo, o que significa na vida de uma pessoa ser hipertenso, tomar medicação todo dia, etc<sup>28</sup>.

O eixo técnico diz respeito às relações entre meios e fins para o controle do risco ou agravos à saúde, delimitados e conhecidos pela biomedicina. O *sucesso prático* diz respeito ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e a atenção à saúde por indivíduos e populações.<sup>28</sup> Esses conceitos devem permear o encontro entre médico e usuário, tendo a consulta médica o objetivo de focar no *sucesso prático*.

## **2.2 A consulta médica no âmbito do cuidado**

“No campo de saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos que se quer atingir.”<sup>29</sup>

Detendo-nos na perspectiva do profissional de saúde e da visão biomédica, podemos compreender o cuidado no âmbito da consulta médica. Neste contexto, o agendamento seria um ato normativo, respaldado em protocolos de atendimentos que definem sua periodicidade. No entanto, o que para os profissionais pode ser visto como uma forma de cuidado, para o usuário pode ser interpretado como uma formalidade burocrática, um entrave, por exemplo, para conseguir sua medicação.

Percebo, e também é descrito na literatura, que o profissional de saúde tende a rotular o usuário faltoso como irresponsável, como alguém que não se preocupa com o seu cuidado.<sup>21,30</sup> Porém, afinal, o que seria cuidado?

Segundo o dicionário<sup>31</sup>, cuidado é definido como: “dedicação; cujo comportamento, aparência, formação moral e intelectual são primorosos; atenção especial, comportamento precavido, zelo, desvelo que se dedica a alguém ou algo. Cuidar de alguém é ter estima e apreço pela pessoa, querendo o seu bem-estar de forma integral”.

Numa visão mais focada na saúde, Coppard<sup>32</sup> descreve o cuidado como as ações e decisões que o indivíduo toma para prevenir, diagnosticar ou tratar suas doenças, ou para manter e melhorar sua saúde e as decisões de utilizar tanto os cuidados de saúde formais como informais. Nessa linha, quando se fala em cuidado em saúde, o senso comum nos remete a um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o sucesso de um determinado tratamento.

Segundo Ayres<sup>33</sup>, o diálogo aberto entre a técnica médica e a construção da felicidade seria a definição de cuidado. A importância do cuidado na área de saúde estaria no desenvolvimento de atitudes e espaços para o subjetivo, do exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia.

Ainda, na visão biomédica, o cuidado inclui o uso de tecnologias e de conhecimentos científicos que, na maioria das vezes, são pouco claras para o assistido. Tecnologias e conhecimentos científicos não são de interesse dele, apesar de serem os itens mais valorizados profissionalmente. Isso não deve servir de obstáculo para que se compreenda tudo que envolve o seu cuidado, e o profissional de saúde deve ser claro e compreensivo.

Nesse sentido, se o profissional não entende as complexidades do cuidado e o assistido não compreende a importância das tecnologias e/ou mesmo das consultas, a quantidade de faltas aumenta, e o cuidado pode ser comprometido.

### **2.3 Comunicação médico-paciente**

A comunicação entre o profissional e o usuário é muito importante para entendermos a valorização da consulta pelo paciente.

Há estudos que mostram que a maioria das queixas dos pacientes em relação ao atendimento está relacionada a problemas de comunicação e não à capacidade clínica do profissional. Isso se dá porque além das diferenças culturais entre o médico e o paciente, eles não se colocam no mesmo plano, criando uma relação assimétrica onde um se posta

como o detentor do saber.<sup>34</sup> E ainda, porque muitos médicos não reconhecem no usuário a capacidade de ser responsável pelo seu próprio cuidado.<sup>34</sup>

Habermas<sup>35</sup> discute linguagem como ato que permite o encontro entre sujeitos. Nesse encontro entre o profissional de saúde e o indivíduo experimenta-se uma troca de visões, interpretações diferentes, individuais. A linguagem permite o encontro do que somos com o que não somos.

Naturalmente, se cria um diálogo entre os sujeitos que, se não for reconhecido, pode gerar uma perda de comunicação entre eles e, apesar de haver uma troca de palavras, a comunicação não ocorre. Numa conversa estabelecida, quando se procura um segundo diálogo, à sua moda, ignora-se o que já está acontecendo naturalmente. Isso é muito comum entre o profissional de saúde e o usuário, o que gera o fracasso, seja do profissional em se comunicar, ou das pessoas em compreender e aderir às propostas da equipe de saúde da família, que pode ser um dos aspectos gerais de falta às consultas, por exemplo. Ainda, nessa dificuldade de comunicação terminamos falhando em conseguir promover que as pessoas sejam diretoras de sua própria saúde.

Habermas<sup>35</sup> fala que o sucesso de um discurso em realizar efetivo diálogo apoia-se em três níveis de validação intersubjetiva: a) aceitação, por parte do interlocutor, de que o projeto de mundo e de vida que orienta esse discurso (ou o que ele chama de encontro desejante das circunstâncias) é correto desde um ponto de vista ético, moral e político; b) proposição de enunciados aceitáveis intersubjetivamente como expressão da realidade, isto é, de que se trata de fatos que são tidos como verdadeiros por ambas as partes; e c) na sua capacidade de expressar autenticamente a perspectiva subjetiva daquele que profere o discurso. Devemos, assim, repensar o diálogo, como tem sido realizado no momento do agendamento e durante as consultas, se a comunicação está ocorrendo e sendo clara e efetiva nos dois sentidos, para o profissional e o indivíduo. Relembrando que a formação médica não se atém a comunicação relacional.

Afinal, onde está o ruído na comunicação, quando pensamos em promover o autocuidado e a promoção da própria saúde pelo indivíduo? Precisamos refletir sobre esse ponto para chegar numa resposta e poder repensar a forma que agimos.

No campo da saúde, especialmente, isso é urgente, porque a comunicação precisa acontecer para que o público entenda o técnico, e considere e reflita sobre o que está lhe sendo passado. A importância de mudanças: de comportamentos, da forma de vida e da



maneira de pensar, tornam-se intransponíveis sem a comunicação, mesmo que fundamentadas tecnicamente.

## **2.4 Necessidades de saúde**

A atividade de recepção de um serviço de saúde deve ser compreendida como um espaço no qual ocorre o reconhecimento das necessidades do usuário, por meio da investigação, elaboração e negociação de quais destas necessidades serão atendidas<sup>36</sup>.

Iunes<sup>37</sup> discute a diferença entre necessidade e demanda. Define necessidade como a “...quantidade de serviços médicos que a opinião médica acredita deva ser consumida em um determinado período de tempo para que as pessoas possam permanecer ou ficar tão saudáveis quanto seja possível segundo o conhecimento médico existente...” E define demanda, como o “...desejo de buscar atenção médica, e não o consumo efetivo, já que fatores externos não controlados pelo consumidor, principalmente aqueles relacionados ao acesso (como distância, disponibilidade de médicos ou exames, períodos de espera muito altos, etc.), podem impedir que a demanda se transformasse em utilização...”

Dessa forma, da mesma maneira que podemos encontrar demanda sem necessidade, também é possível que haja utilização sem necessidade. Essa discussão mostra claramente que a quantidade de serviços considerada como necessária pela equipe de saúde da família provavelmente diferirá da demandada.

Cecílio<sup>38</sup> discute necessidades de saúde de forma mais ampla, e organiza essa reflexão em quatro grandes conjuntos de necessidades:

O primeiro conjunto diz respeito a haver “boas condições de vida”. Enfatiza os fatores do “ambiente”, “externos”, que determinam o processo saúde-doença, por exemplo, trabalha em fábrica, ou escritório, acesso à água tratada, condições de moradia e hábitos pessoais. Dessa forma, a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde.<sup>38</sup>

O segundo conjunto de necessidades de saúde que constitui a taxonomia trata da necessidade do acesso e da possibilidade de consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida.<sup>38</sup>

Um terceiro conjunto de necessidades diz respeito à insubstituível criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional. A reconceitualização aqui é reconhecer que o vínculo, mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, amigável, o que contribuiria para a longitudinalidade.<sup>38</sup>

O quarto e último conjunto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de viver. A reconceitualização desta necessidade é de que informação e educação em saúde são apenas parte do processo de construção da autonomia de cada pessoa. A autonomia implicaria na possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida, e esta ressignificação ter peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível.<sup>38</sup>

Como foi dito, não devemos esquecer que as necessidades de saúde da população são muitas vezes determinadas pelo poder da cultura biomédica, uma vez que o indivíduo aprende a reconhecer os sintomas e sinais, de acordo com os parâmetros do poder e por meio de seu contato com os profissionais de saúde<sup>39</sup>, muitas vezes restringindo este conceito a uma ausência de doença. Quando vista na sua concepção biomédica, a necessidade de saúde sofre a influência de diversos atores, como a indústria farmacêutica, indústria de publicações, meios de comunicação, institutos de pesquisa, dentre outros, todos disputando potenciais usuários de bens e serviços e, em algumas situações, criando necessidades que não existiriam sem a sua interferência. Essa influência é buscada porque se sabe que a decisão em última instância de buscar o serviço e se submeter a ele é do usuário, ou daquele que o cerca. E nesse aspecto que a discussão sobre necessidades de saúde encontra o presente estudo, quando refletimos sobre até onde as necessidades biomédicas estabelecidas são “compradas” pelos usuários.

Campos<sup>40</sup> evidencia uma tendência nos estudos científicos de se trabalhar com o conceito de necessidade de saúde operacional, associando-a ao consumo de um serviço de saúde, geralmente a consulta médica. Aqueles também mostram que as ações em saúde reiteram este fato, evidenciando uma tendência dos serviços de saúde de identificar a necessidade de saúde com doença.

Ainda, no pensamento técnico, quando se ignora os protocolos orientadores da prática clínica, pode-se muitas vezes gerar um consumo desnecessário de tecnologias, respaldado na criação de necessidades sem embasamento.

Assim, muitas vezes, a “referência” que o paciente necessita é um atendimento ambulatorial regular e vinculante, que dê conta de suas necessidades atuais.<sup>38</sup>

Quando se pensa em necessidades de saúde podemos ter um olhar hospitalocêntrico<sup>41</sup> nos remetendo a hospitais, ambulatórios e medicina tecnológica, ou um olhar social, considerando a carência de educação de qualidade, saneamento básico, programa de prevenção e falta de atenção médica.

Poderíamos trabalhar com a imagem de que, quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma “cesta de necessidades de saúde”<sup>38</sup>, e caberia à equipe ter a sensibilidade e preparo para decodificar e atender da melhor forma possível.

A demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, a demanda é composta, em boa medida, pelas necessidades modeladas pela oferta dos serviços. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames; enquanto as necessidades podem ser bem outras.<sup>38</sup> É importante entender essa diferenciação, a fim de evitar que o agendamento seja dado como uma resposta, cuja pergunta realizada era outra, aumentando as faltas.

Para Boltanski,<sup>42</sup> a distância entre a percepção de risco e a mobilização para a consulta médica, pelos agentes sociais, é fortemente influenciada pela classe social, uma vez que indivíduos de maior renda são mais próximos dos códigos biomédicos e, portanto, tendem a reconhecer determinados sinais e sintomas dentro de parâmetros próprios tendendo a buscar mais o recurso médico do que as classes mais desfavorecidas além de privilegiar mais as consultas preventivas. Por outro lado, as classes desfavorecidas têm sua sobrevivência pautada no uso mais intenso do corpo e, assim, tendem a buscar as consultas médicas somente quando seus sintomas os impedem de trabalhar.

Este trabalho pretende abordar esses aspectos, identificando fatores limitantes à garantia do atendimento regular, que apesar de supostamente desejado, muitas vezes não acontece. Contudo, não devemos esquecer que necessidade de saúde vai muito além da consulta médica.

Assim, segundo Campos<sup>40</sup>, necessidades de saúde são: “...**necessidade da presença do Estado**, pressupondo que este deve ser responsável pela garantia dos diversos

serviços que promovem o bem-estar social da população, e que sua ausência está intimamente ligada à falta de acesso aos direitos universais, representado pelo acesso ao consumo de bens produzidos nos serviços públicos; **necessidade de reprodução social**, pois estas constituem a base do processo saúde-doença (as diferentes formas de produzir e consumir na sociedade); e **necessidade de participação política**, pois é a instância que possibilita a discussão e o embate das necessidades e dos interesses das classes e grupos organizados da sociedade civil e colocar na pauta os direitos antes dos interesses...”

## 2.5 Protocolos

Algumas recomendações científicas evidenciam a importância do comparecimento periódico do usuário às consultas médicas para o cuidado com sua saúde, dessa forma, podemos considerar que ao faltar, o indivíduo compromete seu cuidado.

Na era da medicina baseada em evidências, a medicina clínica é pautada em protocolos e *guidelines* que normatizam o cuidado referente à determinada morbidade. Por exemplo, o *VII Joint* de Hipertensão Arterial<sup>43</sup> preconiza que, do diagnóstico de hipertensão arterial até seu controle pressórico, o usuário deverá ter consultas mensais e, a partir destas, dependendo do grau de hipertensão, o retorno poderá ser agendado para prazos de 3 a 6 meses. A presença de comorbidades, como diabetes e insuficiência cardíaca, também influenciam na periodicidade das consultas. Dessa forma, acredita-se que a regularidade de consultas de acompanhamento seja importante no tratamento da hipertensão arterial.

Na mesma lógica, no caso da diabetes, segundo a Diretriz Brasileira de Diabetes Mellitus,<sup>44</sup> após o diagnóstico, o acompanhamento até o controle glicêmico deve ser trimestral, com a solicitação de exames de controle. Após a normalização da glicemia, os encontros passam a ser semestrais. Ainda, no caso de diabéticos insulino-dependentes, o retorno ao médico é semanal até o controle glicêmico. Mais uma vez, independente da compreensão ou da vontade do usuário, a periodicidade das consultas está pre-estabelecida, sem a individualização da conduta, centrando na doença, ao invés de focar no indivíduo.

Pensando nos aspectos técnicos, quando analisamos os contratos de gestão entre OS e SMS RJ, no que se refere às metas relacionadas às consultas, temos que<sup>1</sup>: no acompanhamento de hipertensão arterial e diabetes, devem ser realizadas pelo menos duas consultas registradas ao ano, em semestres diferentes; trabalhando com o prazo mínimo de seis meses.

Podemos observar que, ao trabalharmos com avaliação de desempenho, através da obtenção de recompensa financeira para quem atinge as metas, as faltas interferem diretamente no reconhecimento da equipe.

Nas situações mencionadas, seja para o cumprimento de protocolos clínicos - objetivando o controle da doença -, ou para atingir as metas do contrato de gestão - focando no reconhecimento da equipe -, além da acessibilidade garantida pela equipe, é importante que o usuário compareça à Unidade e que a ele seja explicado a importância de tal procedimento, cabendo ao usuário a decisão de seguir ou não o protocolo, tendo consciência dos seus benefícios.

## **2.6 Acessibilidade às consultas médicas**

O acesso à saúde está relacionado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando acessibilidade aos serviços de saúde, o que extrapola a questão geográfica.<sup>36</sup> No âmbito deste trabalho, estaremos discutindo a relação da acessibilidade com o comparecimento às consultas médicas agendadas.

Precisamos recordar de dois conceitos: acesso e acessibilidade. A acessibilidade está relacionado à oferta e organização dos serviços de forma que facilitem ou não seu uso pelos usuários. Já o acesso<sup>45, 46</sup> à saúde está mais relacionado às políticas públicas do que à ação dos profissionais propriamente ditos.

Segundo Assis,<sup>47</sup> a restrição do acesso pode ser classificada em: acesso seletivo (dependente da lógica de mercado), excludente (pautado no mecanismo de racionamento dos gastos) e acesso focalizado (restrição a determinados serviços ou programas).

Segundo Starfield<sup>20</sup>, a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. O acesso como a possibilidade da obtenção de cuidado, de acordo

com as necessidades, tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços.

Alguns autores apontam a dificuldade de acesso geográfico como um fator limitador na frequência às consultas. No entanto, este acesso não seria um limitador tão importante no caso da ESF, já que esta trabalha com uma área adscrita no mesmo território em está alocada. Mas, mesmo não apresentando o complicador do acesso geográfico, a sobrecarga que as equipes se encontram devido ao grande número de usuários cadastrados, considerando a situação socioeconômica da população adscrita, atua como um limitador na acessibilidade, já que ocasionam: falta de vagas, excesso de demanda espontânea, entre outros problemas. Com a ampliação da Estratégia no município os integrantes das equipes acumulam funções, principalmente burocráticas. Atualmente, muitos procedimentos que outrora eram realizados por outros profissionais, ou por outras Unidades de saúde, são, agora, destinados a Estratégia, como por exemplo o Teste do Pezinho e o cadastro de passe-livre (“Riocard”), e esta situação não foi acompanhada da revisão da população atendida ou das outras responsabilidades imbuídas às equipes de saúde da família.

A SMS RJ vem ampliando a cobertura pela Estratégia de Saúde da Família do município nos últimos três anos. No entanto, apesar de ter melhorado o acesso geográfico, ainda existe uma desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda. Ainda, a organização dos outros níveis de complexidade<sup>48, 49, 50</sup> também não acompanhou a expansão da atenção primária. Atualmente, para um indivíduo ter acesso ao atendimento especializado precisa ser atendido primeiramente numa unidade de atenção primária, salvo em caso de emergências médicas. Dessa forma, para ser atendido em um ambulatório de especialidade na rede de saúde pública, o agendamento deve ser realizado pelo médico da atenção básica de saúde, não podendo mais ser marcado diretamente pelo usuário no hospital. No entanto, no caso de muitas especialidades, a oferta é menor que a demanda, seja por disponibilidade do serviço, seja pela organização do sistema de saúde. Essa situação mostra a tentativa de se estabelecer a atenção básica como organizadora do sistema de saúde e como coordenadora do cuidado, sendo este um dos motivos de consulta agendada na ESF.

Nesse contexto, Travassos<sup>51</sup> igualmente discorre sobre os fatores que influenciam no acesso e na utilização dos serviços de saúde, que podem ser divididos em

determinantes de oferta e determinantes de demanda. Pensando na oferta, a pré-condição mais importante é a existência dos serviços. A partir disto, temos como reguladores aspectos relativos às acessibilidades geográfica (localização, vias de acesso, transporte público, entre outros), cultural (padrões de atendimento e normas de conduta aceitáveis ou não pela população a ser assistida), econômica (existência ou não de taxas moderadoras do uso) e organizativa (modo de funcionamento e organização da prestação, principalmente a densidade tecnológica do serviço ofertado).

Desses acredito que o fator organizativo, pela organização da equipe, é um dos principais influenciadores nas faltas às consultas. Pelo lado da demanda, o principal determinante de uso dos serviços é o estado ou necessidade de saúde. Como discutimos anteriormente, a necessidade percebida, ou seja, a identificação de um problema pelo usuário é o motor mais importante da demanda.

Caso consigamos entender as necessidades de saúde do indivíduo, podemos direcionar o planejamento do serviço para intervenções em saúde baseadas nas necessidades. No entanto, para isso é necessário a garantia da flexibilização das práticas, para que a burocratização dos serviços não leve ao enrijecimento das propostas e termine dificultando a acessibilidade.

Refletindo sobre acesso relacionado à comunicação<sup>52</sup>, a melhoria das condições de acesso aos serviços deve ser permeada pelo aumento do vínculo entre o profissional e a comunidade assistida, uma relação que se eleva à medida que ambos passam a conviver cotidianamente na unidade de saúde e no território abrangido. A ESF trabalha com ferramentas que aproximam esses dois lados, fortalecendo o vínculo possuindo, dessa forma, papel ímpar em garantir o acesso.

Como vimos, a comunicação vai além do diálogo e pressupõe uma igualdade do papel dos atores envolvidos. Assim, o acolhimento como estratégia de humanização dos serviços também aparece no aumento da acessibilidade, onde ele for considerado e tratado como mais que uma escuta qualificada.

Portanto, o acolhimento se apresenta como ferramenta da humanização do serviço que aumentaria também o acesso, se o consideramos não apenas uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, mas sim um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas. A partir daí, se pressupõe que o usuário que recebe atenção, seja pelo atendimento prestado, pelo vínculo

estabelecido com os trabalhadores, ou ainda pela acolhida oferecida, retorne a este serviço com maior frequência.<sup>53</sup>



## **OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo Geral:**

O presente estudo visa além de quantificar as faltas, conhecer o motivo e a percepção do usuário quanto a importância de comparecer às consultas agendadas, identificando as razões para o não comparecimento.

### **3.2 Objetivos específicos:**

- Estabelecer a quantidade de faltas dos usuários às consultas agendadas para as Equipes de Saúde da Família, categorizando-as pelo perfil do usuário.
- Conhecer a percepção dos usuários quanto à importância.
- Identificar os motivos para comparecer ou não às consultas agendadas

## **IV. METODOLOGIA**

### **4.1 Caracterização do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem quanti-qualitativa.<sup>54</sup>

O estudo descritivo objetiva a familiarização com o problema, o que foi realizado através da abordagem quantitativa do estudo, pelo levantamento do número de faltosos às consultas médicas de cada equipe. Foram selecionadas apenas as consultas médicas pelo objetivo de se explorar tanto consultas curativas quanto de prevenção e promoção da saúde e serem teoricamente mais tradicionais e mais claras para a população. Outros profissionais também realizam consultas, como por exemplo, os enfermeiros/as, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas. Analisar a falta à essas consultas traria uma discussão mais ampla, englobando o entendimento do usuário sobre a importância destas outras especialidades.

A parte exploratória proporcionou uma visão geral do problema, permitindo uma maior compreensão sobre o mesmo e esteve baseada na abordagem qualitativa, pela realização das entrevistas aos usuários das equipes.

### **4.2 Cenário e Universo do estudo**

Com o objetivo de diversificar os entrevistados, escolhi duas equipes que abrangem áreas geográficas diferentes e que também se organizam de forma distinta, as quais nomearemos de equipes A e B. A equipe em que trabalho, conforme já referido, foi excluída da pesquisa devido a possibilidade de constrangimento do usuário e interferência nos dados por estar, mesmo que de forma implícita, sendo avaliado o meu processo de trabalho.

A área adscrita da equipe A localiza-se em frente ao Centro de Saúde, mas, para chegar até lá é necessário atravessar uma via de alto fluxo, a Rua Leopoldo Bulhões, e a linha do trem desativada. Felizmente, em maio de 2013, após a coleta de dados desta pesquisa, foi instalado um sinal de trânsito em frente a Unidade, facilitando o acesso aos usuários. Nesta equipe, conforme informado pela enfermeira, o agendamento é

realizado na Unidade, pelo usuário, ao se dirigir a baia da equipe na sala de espera do centro de saúde, este é realizada pelo agente comunitário presente ou por qualquer outro membro da equipe. Apenas em caso excepcionais essa marcação é realizada fora do Posto. Nesta o agendamento das consultas médicas não segue qualquer restrição de turnos por grupos prioritários, ou seja, qualquer usuário pode ser agendado em qualquer horário de atendimento desde que haja vaga disponível.

A equipe B abrange área localizada ao lado do Centro de Saúde Escola Manguinhos, mas em uma área íngreme, e também outra comunidade próxima ao Hospital Federal de Bonsucesso, com distância de 30 minutos de caminhada até o Centro de Saúde. Nesta equipe, conforme informado pela médica, a marcação é feita na Unidade, como na equipe A, mas também é realizado na Comunidade pelos ACS. Ainda, o agendamento é organizado por ciclo de vida – tendo, por exemplo, um turno para gestante e outro para crianças -, no entanto, caso o usuário não possa no turno pré-estabelecido há uma adequação, sendo, portanto, flexível.

A população abrangida pela equipe A é de 2743 pessoas, das quais 14 são gestantes e 811 tem menos de 18 anos, sendo a amostra de estudo composta por 1917. A equipe B abrange uma comunidade com 2624 usuários, sendo 681 menores de 18 anos e 17 gestantes, sendo a amostra de estudo 1927 pessoas.

### **4.3 Técnicas de pesquisa**

#### **4.3.1 Levantamento do número de faltosos:**

Primeiramente foi realizado o levantamento do número de faltas da população às consultas médicas das equipes, através do relatório do sistema ALERT, no período de julho à dezembro de 2012, categorizando pela frequência de faltas nesse período. Foi escolhido esse período de seis meses para viabilizar a abrangência das oscilações temporais (feriados, férias, etc.) e por fornecer um número de observações consistentes.

#### 4.3.2 Entrevistas:

A seguir foram realizadas entrevistas com usuários das duas equipes de saúde da família do TEIAS Escola Manguinhos, com o objetivo de entender como é realizado o agendamento dos usuários e porque eles compareceram ou não às consultas agendadas.

Foram entrevistados usuários que faltaram e que compareceram às consultas, para detectar características relacionadas aos diferentes perfis. Estes foram selecionados a partir das agendas dos médicos das equipes, onde se avaliava nos dias anteriores à entrevista os usuários que haviam faltado ou comparecido a consulta nos quinze dias anteriores. Alguns ACS avisaram os usuários da entrevista, mediante essa relação, para que os encontrássemos em casa, outros que não puderam ser avisados foram procurados no momento da entrevista. Como as entrevistas foram realizadas no período de funcionamento da Unidade, de 8h às 17h, de segunda a sexta-feira, diminui-se a chance de se entrevistar usuários que estivessem em trabalho fora do âmbito doméstico, sendo essa uma limitação do estudo.

Nas entrevistas com os pacientes as variáveis demográficas buscadas foram: sexo, idade, naturalidade e cor da pele. As variáveis socioeconômicas foram: estrutura familiar residencial, escolaridade, religião, renda, ocupação e trabalho, e representações de doenças em geral, a fim de compreender o contexto, o modo de vida, o entendimento sobre a doença e a repercussão dela em seu cotidiano. Abordamos ainda as representações da importância das consultas agendadas e do comparecimento a elas. As entrevistas foram gravadas e realizadas após o consentimento do entrevistado, com duração média de 25 minutos.

A amostra foi intencional sendo limitada por saturação ou redundância de informações, segundo Fontanella.<sup>55</sup> Dessa forma, o número de usuários entrevistados e consequente fechamento amostral se deu por saturação teórica e foi operacionalmente definido como suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos apresentaram certa redundância ou repetição. Dessa forma, o número de entrevistas realizadas, obedecendo esse critério, foi de 22 usuários.

Assim, os entrevistados foram selecionados a partir das consultas realizadas ou não quinze dias antes da data da entrevista, tempo em que se acreditou ter dados mais fidedignos, diminuindo a chance de esquecimento ou confundimento. Com os usuários que estavam agendados nesse período, foram realizadas entrevistas semiestruturadas

(Anexo I), que combinaram perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

O trabalho de campo foi organizado mediante agendamento prévio de visitas domiciliares da pesquisadora com os agentes comunitários de saúde e as famílias.<sup>55</sup> Não obtive qualquer dificuldade no agendamento das visitas com os agentes comunitários das duas equipes, nem com a aceitação por parte dos usuários, sendo as entrevistas realizadas nos domicílios dos entrevistados. De fato, ser profissional do serviço foi um fator facilitador de acesso aos profissionais de saúde e usuários. Este fator deve ser ressaltado dado à dificuldade de entrada nos campos da saúde para outros pesquisadores não profissionais de saúde.

#### **4.4 Análise dos dados**

A parte quantitativa do estudo será realizada de forma descritiva, através de frequência simples, como número e percentual, em relação a quantos usuários faltaram e quantos compareceram às consultas médicas no período de 6 meses, das duas equipes. Será igualmente avaliado a frequência em que os mesmos usuários faltaram as consultas neste período.

A interpretação das respostas buscou significados a partir da construção de categorias temáticas, visando a sua articulação em categorias mais amplas, que se relacionem com conceitos representativos das ciências sociais e humanas em saúde.<sup>56</sup>

Assim, os temas foram selecionados após leitura exaustiva e análise das entrevistas, o que proporcionou a escolha de categorias mais evidentes e significativas presentes nos textos que também foram confrontados com a literatura científica. Dessa forma, a análise temática permitiu descobrir os núcleos de sentido que compuseram esta comunicação.<sup>57</sup>

#### 4.5 Considerações éticas

A ética da saúde enfoca questões relacionadas à manutenção e à qualidade de vida das pessoas. Silva<sup>56</sup> considera a ética da saúde profundamente enraizada no terreno dos direitos humanos, pois a vida é o primeiro dos direitos, implicando em um “compromisso com a realização histórica de valores que encarnem nas condições determinadas de situações sociais e políticas diferenciadas, o direito de que todo ser humano deveria primordialmente usufruir”.

O Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde<sup>58</sup>, por meio da resolução nº 196/96, regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos através dos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerando os referenciais básicos da bioética, este estudo buscou primordialmente garantir o respeito aos sujeitos da pesquisa, minimizando possíveis danos que pudessem ser causados às suas dimensões: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual.

Nesta pesquisa, os usuários foram informados sobre o tema, os objetivos do estudo e a confidencialidade dos dados, mediante um termo de consentimento livre e esclarecido, sendo voluntária e de livre escolha sua participação, de acordo com o princípio da autonomia. Esta consistiu numa forma de transpor o possível risco de constrangimento que o usuário podia ser submetido por estar sendo entrevistado por um profissional da Unidade em que é atendido.

O trabalho foi inicialmente apresentado às equipes escolhidas durante reunião de equipe das mesmas, mediante autorização prévia dos médicos e enfermeiros, tendo aceitação, aprovação e colaboração por parte destas.

Acredita-se haver um benefício de ordem prática após a conclusão do presente estudo, já que os resultados serão devolvidos para as equipes, que poderão refletir sobre seus processos de trabalho e aprimorá-los, caso julguem necessário.

Como a pesquisadora é médica na Unidade em que foi realizada a pesquisa, existiu a possibilidade de ser identificada pelos usuários, sendo uma das razões para excluir a sua própria equipe como foco da pesquisa. Além disso, foram garantidos o sigilo e a privacidade dos sujeitos e das equipes em relação aos dados confidenciais.

Na publicação dos resultados está garantido o anonimato e para isso foram utilizados nomes fictícios para os sujeitos da pesquisa bem como para as equipes

(nomeadas como equipe A e equipe B). Após o término do estudo, as informações originais ficarão guardadas com a pesquisadora, armazenadas de forma segura e protegidas contra revelação não autorizada.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, sob o número 195.406, em 07 de fevereiro de 2013.



## V. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Levantamento das faltas

Foi realizado o levantamento das faltas às consultas médicas no período de junho à dezembro de 2012, a partir de dados obtidos no prontuário eletrônico.

Neste levantamento (Tabela1) foi identificado um percentual de 48,9%, ou seja, quase metade das pessoas que agendaram consultas médicas não compareceram às mesmas nesse período de seis meses.

Tabela 1. Número de usuários que compareceram e não compareceram as consultas do total de agendados de julho à dezembro de 2012.

<b>Compareceram</b>	<b>1113 pessoas</b>	<b>48,9%</b>
<b>Não compareceram</b>	1159 pessoas	51,1%
<b>Total</b>	2272 pessoas	100%

Quando analisada a frequência de faltas às consultas (Tabela2), identificamos que 58,5% das pessoas faltaram uma vez, 26,5% faltaram duas vezes e 15% faltaram três vezes ou mais no mesmo período.

Tabela 2: Número de faltosos pela frequência de faltas de julho à dezembro de 2012.

<b>Frequência de faltas prévias</b>		
<b>Uma falta</b>	646	58,5%
<b>Duas faltas</b>	296	26,5%
<b>Três ou mais faltas</b>	171	15%

Na literatura há estudos mostram que o usuário que falta a consulta é atendido, em sua maioria, no período máximo de três meses após a data perdida. Na maioria das vezes pelo mesmo motivo.<sup>16</sup> Ainda há estudos que evidenciaram, ao traçar o perfil do usuário faltoso, que muitos deles tinham por hábito não cumprir compromissos previamente estabelecidos.<sup>22</sup> Acreditamos que as razões são mais complexas que

“hábitos” ou “comportamentos” tendenciosos dos usuários, conforme abordaremos mais adiante.

## 5.2 Perfil dos entrevistados

Foram entrevistadas 22 pessoas, das quais metade faltou à consulta e a outra metade compareceu. Destes, 20 eram mulheres e dois homens (tabela3). A maior proporção de mulheres dá-se por serem elas mais fáceis de encontrar nos domicílios durante o dia. Muitas delas são donas-de-casa como veremos adiante.

Tabela 3: Proporção de homens e mulheres dentre os entrevistados.

		Compareceram	Não compareceram	Total
Sexo	Homem	1	1	2
	Mulher	10	10	20
	Total:	11	11	22

Em relação à faixa etária entrevistada, 13 pessoas tinham de 20 à 59 anos e nove eram maiores de 60 anos. Um destaque é que 64% dos assíduos são maiores de 60 anos e 82% dos faltosos possuem menos de 60 anos (tabela 4), correspondendo à população economicamente ativa, o que corrobora com alguns estudos que identificam que com o aumento da idade a proporção de faltas diminui.<sup>15, 59</sup> Este fato pode estar associado a maior probabilidade de doença em faixas etárias mais altas, ou ao acúmulo de experiência, que leva o usuário a recorrer a uma consulta por identificar antecipadamente sinais de problemas em matéria de saúde.<sup>23</sup>

Tabela 4: Entrevistados conforme faixa etária.

		Compareceram	Não compareceram	Total
Faixa etária	< 19 anos	-	-	-
	20 a 59 anos	4 (36%)	9 (82%)	13 (59%)
	> 60 anos	7 (64%)	2 (18%)	9 (41%)

Em relação à naturalidade, 12 entrevistados vieram do Nordeste e oito nasceram no estado do Rio de Janeiro, sendo que 54% dos faltosos nasceram no estado do Rio de Janeiro, o que vai ao encontro de outros estudos realizados com a população de Mangueiras.<sup>46, 60</sup> Pensando que muitos migrantes nordestinos vêm ao Rio de Janeiro em busca de melhores condições de vida, incluindo o acesso à saúde, pode-se supor que estes valorizem mais a consulta médica, mas é um aspecto que deve ser mais bem estudado.

Quando tratamos da situação familiar (Tabela 5), buscamos identificar com quantas pessoas esse usuário mora e se isso poderia interferir com sua assiduidade, já que alguns estudos mostram que famílias extensas podem apresentar um maior percentual de faltas<sup>14</sup>, apesar de não esclarecerem a razão. No entanto, no nosso estudo não foi encontrada relação entre o tamanho da família e assiduidade.<sup>22</sup>

Tabela 5. Situação familiar dos entrevistados, quantidade de moradores por residência.

		Compareceram	Não compareceram	Total
<b>Moradores por residência</b>	<b>Mora sozinho</b>	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
	<b>Mora com mais de uma pessoa</b>	10 (50%)	10 (50%)	20 (100%)

Quando identificado estado civil dos entrevistados percebeu-se uma maior presença de indivíduos com cônjuge fixo, quer seja por união estável ou casados oficialmente, sendo que destes, seis pessoas faltaram às consultas e nove compareceram (Tabela 6). Encontramos também um maior número de separados entre os faltosos do que entre os assíduos. Não identificamos na literatura artigos que associem o estado civil, especificamente, com a assiduidade às consultas médicas.

Tabela 6. Estado civil dos entrevistados divididos entre assíduos e faltosos.

		Compareceram	Não compareceram	Total
Estado Civil	Solteiro	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
	União Estável e Casado	9 (60%)	6 (40%)	15 (100%)
	Separado ou viúvo	1 (20%)	4 (80%)	5 (100%)

A renda familiar predominante foi de 1 à 2 salários mínimos (45% dos entrevistados), no entanto, seis pessoas relataram desconhecer sua renda familiar, ignorando assim o salário do cônjuge e dos outros membros da família (Tabela 7). Quando relatamos a renda individual, 14 pessoas recebem de 1 à 2 salários mínimos e oito não possuem qualquer renda (Tabela 8). Encontramos na literatura artigos que associam a baixa renda ao aumento de faltas e, conseqüentemente, o número de consultas aumentaria com o padrão socioeconômico, pois existiria uma maior compreensão de cuidado pelas classes econômicas mais altas devido ao maior acesso à informação.<sup>22</sup>

Contudo, pelo perfil dos entrevistados, que compõem as classes mais baixas economicamente não notamos diferenças entre aqueles sem renda e aqueles que recebem de 1 a 2 salários mínimos.

Tabela 7. Renda familiar dos entrevistados.

		Compareceram	Não compareceram	Total
Renda familiar	< 1 salário	-	1	1 (4%)
	1 à 2 salários	4	6	10 (45%)
	3 à 4 salários	4	1	5 (23%)
	Não sabe	3	3	6 (27%)

Tabela 8. Renda individual dos entrevistados.

		Compareceram	Não compareceram	Total
Renda individual	1 à 2 salários	7 (50%)	7 (50%)	14 (100%)
	3 à 4 salários	-	-	-
	Não possui	4 (50%)	4 (50%)	8 (100%)

Considerando que os beneficiários do Bolsa Família devem cumprir alguns critérios de condicionalidade, como frequentar o posto de saúde para acompanhamento de peso e do cartão de vacina das crianças, podia-se esperar que esses tivessem um maior comprometimento em comparecer às consultas, no entanto, dos seis usuários entrevistados que recebem o benefício, dois eram assíduos e quatro eram faltosos (Tabela 9). Neste sentido, encontramos estudos americanos que mostram que o recebimento de benefício do governo aumenta as faltas às consultas médicas, mas o motivo não é discutido.<sup>61</sup>

Tabela 9. Quantidade de entrevistados que recebem ou não o benefício: Bolsa Família.

Bolsa Família		Compareceram	Não compareceram	Total
	Sim	2 (33%)	4 (66%)	6 (100%)
	Não	9 (56%)	7 (44%)	16 (100%)

Ao analisar a escolaridade dos entrevistados, a maioria dos usuários - faltosos ou não - possuem ensino fundamental incompleto (Tabela 10). Diferente do descrito por Boltanski e de outros estudos<sup>59</sup>, não encontramos relação entre a escolaridade e procura por atendimento médico. Esta relação descrita na literatura é justificada por acreditar-se que com o aumento da escolaridade pode estar associado ao maior discernimento dos cuidados biomédicos pelos usuários.

Tabela 10. Relação da escolaridade dos entrevistados conforme comparecimento à consulta.

		Compareceram	Não compareceram	Total
Escolaridade	Não alfabetizado	2 (50%)	2 (50%)	4 (100%)
	Ensino fundamental incompleto e completo	9 (64%)	5 (36%)	14 (100%)
	Ensino médio incompleto e completo	-	4 (100%)	4 (100%)

Como as entrevistas foram realizadas durante a semana em período diurno, sabíamos que podíamos encontrar mais aposentados e donas de casa (conforme já referido), no total de entrevistados quatro (18%) eram aposentados por idade, tempo de serviço ou invalidez e seis (27%) eram donas de casa.

Importante destacar que entre os assíduos, sete (63%) encontravam-se como aposentados ou dona de casa, e entre os faltosos esse número foi de três (27%) pessoas, o que leva a reflexão de que o fato de a pessoa trabalhar informal ou formalmente pode estar diretamente relacionado ao menor comparecimento às consultas, pela menor disponibilidade de tempo livre ou pela dificuldade de liberação do serviço.<sup>59</sup>

Dentre as profissões dos entrevistados podemos dividi-las em: serviços (serviços gerais, diarista, garçomete/garçom, copeira e ascensorista); comércio (promotor de vendas); autônomos (costureira e cozinheira); do lar e estudante (Tabela 11). Pode-se observar uma concentração na área de serviços e mulheres que não exercem atividades fora do âmbito doméstico. Muito embora não encontremos na literatura a associação entre tipo de ocupação e falta às consultas médicas.

Tabela 11. Relação das ocupações dos usuários entrevistados.

Área de trabalho	Compareceram	Não compareceram	Total
<b>Empregado (comércio, autônomo, serviços)</b>	4	7	11
<b>Dona de casa</b>	5	1	6
<b>Estudante</b>	-	1	1
<b>Aposentado</b>	2	2	4
<b>Total</b>	11	11	22

Resumindo, identifica-se certa recorrência nas faltas sendo considerável o número de pessoas que faltou mais de uma vez no período de seis meses. Dessa forma, dentre o perfil dos entrevistados temos que os faltosos foram mais jovens. A renda individual é baixa sendo em sua maioria de 1 a 2 salários mínimos e a maioria dos entrevistados possui ensino fundamental incompleto sendo que nenhum desses dois aspectos parece interferir na assiduidade às consultas médicas agendadas, sendo a idade o principal fator associado às faltas às consultas, que também se encontra respaldado na literatura. No entanto, vale a reflexão de que todos os usuários possuem baixa renda e pouca

escolaridade não apresentando no estudo uma diferença entre os entrevistados. Dessa forma, outro estudo, que abrangesse diferentes escolaridades e classes sociais de maneira efetiva, poderia avaliar melhor esse dado.

### **5.3 A acessibilidade de acordo com o serviço**

A organização da agenda do médico faz parte do processo de trabalho das equipes de saúde da família. A forma como é feito o agendamento, por quem, em que horário e de que forma ele é feito são fatores que podem interferir diretamente no bom andamento do trabalho da Unidade.

Quando pensamos na consulta médica, no encontro que acontece entre dois indivíduos, como já citado, a comunicação entre o profissional de saúde e o usuário pode interferir diretamente no absenteísmo.<sup>33, 62</sup>

Nas entrevistas encontramos usuários satisfeitos com suas consultas, elogiando inclusive o cuidado dos médicos e o tratamento prestado no momento do agendamento pelos agentes comunitários.

O elogio por parte dos usuários pode evidenciar que a relação médico-paciente naquelas equipes não interfere negativamente nessas equipes no comparecimento do usuário à consulta.

Quando solicitei que descrevessem as consultas, a maior parte dos entrevistados identificou como bom tratamento a solicitação de exames e prescrição de medicamentos. Segundo a literatura, quando o usuário recebe atenção, seja pelo atendimento prestado, pelo vínculo já estabelecido com os profissionais de saúde, ou ainda pela acolhida oferecida, o retorno a este serviço se dá com maior frequência, pois a qualidade no atendimento está evidenciada.<sup>36</sup>

A valorização da medicação pode ser evidenciada na fala da Sra. X., que quando perguntada como foi a sua consulta, respondeu: “Ele me tratou bem, passou meus remédios”, assim como Sra. V. “Foi bem, ué, ele conversou comigo, passou o remédio que tinha que passar, até falou comigo do laudo que tem que fazer para colocar no sistema” Tal fato tem apoio na literatura quando Ferreira<sup>2</sup>, por exemplo, discute como o coroamento da consulta médica se dá quando ela se finaliza com a prescrição de um medicamento. Nosso estudo corrobora tais achados, uma vez que os usuários relataram

como razões para não faltar à consulta o “acompanhamento médico” compreendido como a prescrição de exames e medicação.

Muito embora tenha sido identificada uma boa relação entre o profissional e o usuário, esta não garante a comunicação entre eles. E, como veremos a seguir, alguns aspectos desse encontro serão determinantes no comparecimento ou não às consultas médicas. Mesmo no momento do agendamento, é importante que se garanta que o diálogo entre os sujeitos seja reconhecido e a comunicação aconteça. Se o profissional atuar com uma conversa pré-estabelecida, fechada, existe o diálogo, mas a comunicação pode estar comprometida.

Um aspecto desse encontro, no momento do agendamento, é o simples questionamento por parte daquele que agenda se existe algum horário mais conveniente para o usuário.<sup>28</sup>

O agendamento envolve outros atores e aspectos, além do horário disponível na agenda, deve-se ter em mente a relevância daquele agendamento, a disponibilidade não só do profissional, mas também do usuário, naquele dia e horário, ou melhor, em que dia ou horário ele pode. Nesse sentido é que a discussão da relação médico-paciente, equipe-paciente e inter-equipe se faz importante.

O conhecimento do cotidiano do usuário por parte daquele que agenda a consulta, mesmo que naquele momento pontual do agendamento se mostra importante para evitar marcações em horários inoportunos que culminarão com a falta à consulta. Para ter a sensibilidade dessa escuta qualificada, o profissional deve ser capacitado para tanto.<sup>33</sup>

Nessa linha de pensamento abordamos o usuário questionando sobre se lhe foi oferecida a oportunidade de opinar sobre o horário de atendimento. Quase todos os entrevistados afirmaram não terem sido questionados sobre o melhor dia ou período para agendamento, não tendo sido considerados, inclusive, seus horários de trabalho.

Isto pode ser evidenciado quando questionamos a Sra. D. sobre se tinha sido consultada a respeito do melhor horário para agendamento: “... não, ela marcou e pronto...”, o mesmo foi evidenciado pelo Sr. P., que respondeu: “Não, não, se eles me dessem eu gostaria, mas não dá não.”

Ao questionarmos os usuários se precisariam fazer alguma organização especial para comparecer às consultas, a maior parte referiu necessitar de algum nível de organização familiar, doméstica ou de trabalho para comparecer à consulta. Como exemplo, temos usuários que mencionaram trabalhar em esquema de plantão em dias



alternados, devendo-se marcar a consulta nos seus dias de folga, e uma senhora que vende quentinhas, devendo suas consultas serem marcadas para o período da tarde, já que passa a manhã cozinhando. Assim, chamamos mais uma vez atenção sobre a necessidade da equipe de saúde conhecer o cotidiano de seus usuários, já que pode interferir diretamente no comparecimento às consultas agendadas.

Outro dado que chama a atenção foi que alguns faltosos não participaram de sua marcação, a receberam em casa, e terminaram sendo agendados para dias que estariam, por exemplo, ausentes do município, inviabilizando, portanto, seu comparecimento à consulta. Nesse caso, a necessidade de saúde foi avaliada pelo profissional e não pelo usuário, a marcação foi realizada sem, sequer, a sua participação.

Neste sentido cabe aqui, a discussão de acolhimento como instrumento para humanização da atenção a saúde, que possibilita intervir na escuta e no próprio processo de trabalho para transformar os serviços em espaços resolutivos de construção de sujeitos valorizados e autônomos<sup>33</sup>.

Apesar de ser dito pelas equipes técnicas que os usuários eram agendados principalmente na Unidade e, apenas pequenas exceções seriam agendadas nos domicílios, pudemos identificar certa frequência de agendamentos realizados fora da Unidade (Tabela 12), nas duas equipes, tendo destaque para essa prática por alguns agentes comunitários, não sendo evidenciada uma regra clara que motivasse tal ocorrência.

Tabela 12. Proporção de pessoas que agendaram a consulta entre faltosos e assíduos.

<b>Quem agendou a consulta?</b>			
	<b>Compareceram</b>	<b>Não compareceram</b>	<b>Total</b>
<b>ACS</b>	3	5	8
<b>O próprio</b>	8	6	14

Observa-se, no entanto, que os casos onde os ACS possuem relações próximas com os usuários, este cuidado pôde ser identificado,<sup>63</sup> como no relato da Sra. Y.: *“O que ela (ACS) puder fazer por mim, ela faz, porque eu trabalho fora. Eu trabalho como plantonista, então ela tenta marcar nas minhas folgas.”* Devemos, contudo, preconizar que o tratamento seja cauteloso com todos os usuários.

Assim, foi identificado que o agendamento realizado pelo ACS no domicílio pode interferir diretamente com o absenteísmo, tanto positiva quanto negativamente. Por duas questões:

A primeira é que a consulta pode ser agendada num horário ou dia inoportuno para o usuário, pelo mesmo não ter sido consultado, mas apenas comunicado<sup>16</sup>, como relatado pela Sra. T.: *“Eu não fui, porque tava viajando. Porque ele (o médico) não foi no dia que eu marquei, daí remarcar e entregaram aqui em casa, só que foi para um dia que eu não podia...”*.

A segunda questão é que o usuário pode não compreender a importância daquele encontro ou, sequer, saber o que motivou o agendamento e, dessa forma, não comparecer, por desvalorização da consulta.<sup>17</sup>

O agendamento das consultas pode ser identificado em outros estudos plenamente incorporado nas funções dos ACS que, por muitas vezes, deixam de priorizar ações de promoção e prevenção de saúde, focando mais no assistencialismo o que pode ser caracterizado como desvio de função.<sup>63, 64, 65, 66</sup>

Quando questionamos o Sr D. quem havia marcado a consulta ele respondeu que tinha sido o ACS e ele próprio não sabia o motivo: *“Quem marcou foi a ACS, eu não sei o porquê, acho que foi para acompanhar a diabetes.”* Fala evidenciada também pela Sra. Y. : *“Não sei o porquê de ter sido marcada, não lembro, vou lá sempre, segundo ela (a ACS), foi para acompanhamento de doenças.”*

No campo da saúde a comunicação precisa acontecer<sup>33</sup>, para que o público entenda o técnico, considere e reflita sobre o que está lhe sendo passado. Sem a comunicação, a importância da mudança de comportamentos, da forma de vida, e da maneira de pensar, tornam-se intransponíveis, mesmo que fundamentadas tecnicamente.

Voltando à comunicação da equipe com os usuários, e na necessidade de clareza por parte do usuário sobre o processo de trabalho da equipe, surge um desconhecimento por parte desses de como desmarcar a consulta, ou mesmo a importância de tal procedimento.

Vários, inclusive, responsabilizam os ACS, informando que os mesmos não passaram em suas casas na proximidade da consulta e por isso não desmarcaram e, sequer, cogitaram a possibilidade de ir ao serviço para isso. Nesta Unidade não há a disponibilidade de uma central telefônica onde possa ser feita a marcação, cancelamento ou reagendamento da consulta.

Quando questionamos sobre o motivo dos entrevistados comparecerem as consultas, apenas um usuário mencionou a consciência de não estar tirando a vaga de alguém que precise, a maioria relaciona ao fato de estar marcada como um compromisso que não se deve faltar.

Outro orientador dos agendamentos por parte do serviços de saúde são os *guidelines* e protocolos, onde se evidencia a importância do comparecimento periódico do usuário às consultas médicas, havendo um comprometimento do cuidado com as faltas. Como vimos anteriormente, existem várias diretrizes norteadoras do acompanhamento dos usuários, como exemplificado no caso da hipertensão arterial como o VII *Joint*.<sup>43</sup> Porém, nas entrevistas pudemos identificar usuários com acompanhamento bimestral para hipertensão leve ou agendamento para acompanhamento baseados exclusivamente na realização de exames ou recebimento de medicamentos, tanto como demanda do usuário quanto da Unidade. Isto vai contra o preconizado por essas orientações baseadas em evidências médicas, gerando um excesso, cientificamente desnecessário, de marcação de consultas médicas. Este aspecto é ilustrado quando numa das equipes uma usuária menciona ter consulta bimestral por ser hipertensa, periodicidade que não é respaldada em qualquer protocolo.

Reforçando os aspectos técnicos, quando analisamos os contratos de gestão entre OS e SMS RJ, no que se refere às metas relacionadas às consultas, como vimos, temos que<sup>1</sup>: no acompanhamento de hipertensão arterial e diabetes mellitus, devem ser realizadas pelo menos duas consultas registradas ao ano, em semestres diferentes.

Assim, como trabalhamos com avaliação de desempenho, através da obtenção de recompensa financeira para quem atinge as metas, é possível que objetivando o alcance destas ocorra um incentivo à facilidade de reagendamento, priorizando os usuários relacionados às metas, como no caso dos hipertensos.

Nos deteremos agora na marcação em si, como procedimento técnico-burocrático, refletindo sobre a disponibilidade de vagas.

A organização das duas equipes facilita o agendamento para as consultas, com curtos períodos de espera entre a data da marcação e a realização da consulta e a facilidade de reagendamento.

Ainda nesse contexto, um problema que é descrito na literatura como limitador do comparecimento à consulta é a dificuldade de agendamento médico, o que não foi descrito nas entrevistas. Os usuários reclamam dos Hospitais Gerais quanto à

dificuldade de marcação, das Unidades de Pronto-atendimento devido à falta de médicos, mas quando falam da Unidade Básica, todos relatam facilidade de agendamento, inclusive, de reagendamento no caso de falta.

O intervalo entre o dia do agendamento e a data da consulta foi tido como satisfatório e variou de um a 60 dias. O tempo de espera dos faltosos entrevistados foi menor do que dos assíduos, apesar de não haver uma grande variação, entre os faltosos, um foi marcado para o dia seguinte e outro no intervalo de sete dias. Em estudos sobre o tema se encontra uma relação do tempo de espera para a consulta como diretamente relacionado com a assiduidade.<sup>16, 67</sup> Muitos justificam o aumento das faltas pelo esquecimento ao questionarmos a Sra. D., por exemplo, sobre o tempo de espera: “... *um mês mais ou menos, mas está bom porque estou tomando meus remédios...*”.

E se por um lado a facilidade de acesso pode aumentar as faltas, também é responsável por aumentar a procura dos usuários pelo posto de saúde.

A facilidade mencionada do reagendamento das consultas médicas nas duas equipes é vista por alguns usuários como um dos motivos de falta. Como relatado anteriormente, 41,5% dos usuários que faltaram o fizeram no período de seis meses, mais de uma vez. Alguns estudos mostram que as pessoas que faltaram às consultas foram atendidas nos três meses que se seguiram à data que não compareceram.<sup>16</sup> Este aspecto é também ilustrado nas falas a seguir da Sra. Y: “*Já remarquei, não tive dificuldade, ele mesmo marcou na hora.*” E do Sr X: “*É fácil remarcar a consulta, a ACS vem na minha casa*”, mais uma vez mostrando afluência do papel assistencialista do ACS.

#### **5.4 O “acompanhamento” como norteador da valorização da consulta médica**

Quando abordamos a questão das necessidades de saúde, podemos destacar que a percepção da equipe do que é importante para o serviço, não necessariamente condiz com a opinião do usuário. O melhor exemplo é o acompanhamento de doenças crônicas, quando para a equipe é importante uma marcação regular, mas para o usuário que não tem sintomas, a consulta não se apresenta claramente importante, a menos que queira exames ou deseje pegar receita de medicamentos, conforme já evidenciamos acima. Isto reflete a sociedade de consumo em que vivemos onde as prescrições não medicamentosas, como uso de compressa morna, ingestão de chá, etc, são

desvalorizadas. Nas entrevistas quando perguntado qual o primeiro recurso utilizado pelo entrevistado para se tratar, a maioria relatou utilizar medicamentos halopatas e poucos mencionaram ter alguma resolução caseira, não biomédica para a situação.

Quando buscamos compreender qual o valor atribuído pelos usuários às consultas médicas observamos como foi recorrente a noção de “acompanhamento”.

O acompanhamento é definido pelos profissionais a partir dos protocolos clínicos, que incluem a avaliação de sinais e sintomas, exames laboratoriais, orientações e controle. No entanto, para os usuários, o “acompanhamento” está focado nos exames laboratoriais e nos medicamentos. Assim, se o usuário está com consulta marcada segundo protocolo para determinada data mas está assintomático e não está necessitando de medicamento, ele não percebe a necessidade daquela consulta.

Como dito anteriormente, às vezes a consulta é necessária apenas para orientação, mas para o usuário esta está diretamente relacionada à solicitação de exames laboratoriais e prescrição de medicamentos, como evidenciado na fala do Sr T., quando questionado o motivo do agendamento da consulta: *“Acompanhamento da Diabetes. Às vezes a receita vence e nela tem que ter o controle da DM.”* E na fala da Sra. A.: *“Para renovar receita, pegar remédio, aí eu vou. Para bater um eletrocardiograma, para acompanhamento.”*

Quando nos referimos ao motivo de agendamento, este variou entre os assíduos e faltosos. Para os assíduos, o “acompanhamento” de doenças foi o predominante, o que implica em receber resultado de exames, solicitar exames e/ou medicação. Um estudo<sup>23</sup> mostra que as pessoas faltam mais quando o motivo da marcação é para receber os resultados dos exames, do que quando se trata de solicitá-los. Isto nos faz pensar que a realização do exame em si, é percebido como uma atitude de cuidado pelos usuários. Já entre os faltosos as motivações para agendamento variaram muito, retornando a questão do “acompanhamento”, mas também queixas como corrimento vaginal, dor e mancha na pele. Duas pessoas desconheciam o motivo do agendamento. A dor é destacada em vários estudos<sup>2, 23</sup> como o principal motivo para a procura de atendimento médico, programado ou não o que vai ao encontro de nossos achados.

Ainda, perguntamos aos usuários o motivo de terem procurado atendimento médico, independente de agendado ou não, e o “acompanhamento” foi a causa mais apontada. Quatro pessoas destacaram só procurar atendimento em situações graves, quando são incapazes de ir trabalhar e o curioso é que destas, três compareceram às

consultas que agendaram para receber resultado de exame e para acompanhamento de derrame tendo uma delas, que não foi à consulta agendada, como motivador do agendamento, a presença de corrimento vaginal.

Quando questionamos sobre o reagendamento por parte do usuário, se seria realizado e por qual o motivo, apenas uma pessoa disse que não remarcaria a consulta, já que faz “acompanhamento” em outro serviço. Como principais motivos para remarcação destacamos novamente a realização de exames e a solicitação de medicamentos.

Na visão do usuário, para cuidar da saúde e prevenir doenças surge a percepção da necessidade de “ir ao médico” e realizar exames de rotina, evidenciando uma valorização das tecnologias duras, mas isto não impede que ele reconheça a adoção de um estilo de vida saudável, composto por atividades físicas regulares e alimentação adequada, como importante para sua saúde. Este fato pode ser exemplificado na fala da Sra. D quando perguntada sobre o que considera importante para prevenir doenças e cuidar da saúde: “*Cuidar da alimentação, boa alimentação, água tratada, atividade física...*”, e da Sra. T: “*Tem que ter uma alimentação adequada, como eu to tendo. Tomar muito liquido. Fazer caminhada. Eu faço tanta coisa dentro de casa que recupera.*”.

Um aspecto que se destacou e apareceu insistentemente nas entrevistas foi o esquecimento como causa do absenteísmo, alguns enfatizam que a preguiça e o descaso com sua própria saúde seriam motivos importantes nessa situação. Nesse ponto, nos faz discutir qual a importância dada pelo usuário a consulta agendada, se para o mesmo a resolução do problema de imediato, no momento em que procura a Unidade, é a única resposta aceitável.<sup>16</sup>

O esquecimento nos remete à real necessidade percebida pelo usuário para sua ida à consulta médica. Nos remete ainda ao pensamento se essa demanda da marcação foi do usuário ou do serviço. Assim, considerando que um motivo frequente para o absenteísmo é o esquecimento, um item ainda não avaliado quanto à organização do serviço, mas que poderia ser é que nessa Unidade já se trabalha com o envio de mensagem de texto para o telefone do usuário que tenha celular cadastrado lembrando-o da consulta. Uma usuária relatou que havia esquecido, mas lembrou após a mensagem de texto e compareceu. No entanto, um problema identificado nesta Unidade é que nem todos os cadastros dos usuários possuem telefones e no cadastro das crianças não consta

o telefone dos pais. Alguns estudos evidenciam que o contato telefônico prévio e o envio de mensagem de texto são válidos por ser o esquecimento um dos principais fatores responsáveis pelo absenteísmo.

## **5.5 Trabalho e consulta médica**

Como já citado, a forma de agendamento e funcionamento da Unidade terminam sendo fatores comprometedores para os usuários que trabalham, interferindo assim com a acessibilidade ao serviço de saúde. O trabalho como falta às consultas<sup>13,14,15,16, 17</sup> surge em outros estudos mas não com muito destaque, como um dos fatores associados ao absenteísmo. Sra. K., quando questionada quanto ao motivo que leva os usuários a faltarem às consultas, mencionou que muitas pessoas atualmente só pensam no trabalho e deixam de se cuidar: *“As pessoas esquecem, vão trabalhar, ficam com isso na cabeça, trabalho, trabalho, trabalho, o tempo todo.”*

Desde 2010 que algumas Unidades de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro tiveram seu horário de funcionamento estendidos das 8 às 20 horas<sup>68</sup>, com a justificativa de poder aumentar o acesso aos usuários que trabalham no horário comercial, o qual é conflitante com o horário de funcionamento tradicional das Unidades básicas de saúde. Muitos trabalhadores, principalmente informais, mas também os que trabalham de carteira assinada, evidenciam em seus relatos dificuldade de liberação de seus serviços para comparecerem às consultas médicas, muito embora este seja um direito do cidadão assegurado por lei<sup>69</sup> (Anexo IV) onde se garante este direito mediante a comprovação através de apresentação de atestado médico. A Sra. Y. evidencia na sua fala problemas com seu empregador devido ao atestado médico: *“O problema todo é levar atestado, porque eles não tavam querendo que colocasse atestado, porque as pessoas correm o risco de serem mandado embora. Porque eles aceitaram e a encarregada começou a reclamar.”*

Da mesma forma, a Sra. X. explica que algumas pessoas receiam perder o emprego por levar atestado e optam por não se cuidar: *“As pessoas que trabalham faltam por medo de perder o emprego.”*

Em alguns casos não se trata apenas do expediente de trabalho, mas da instabilidade e flexibilidade dos horários e dias trabalhados como evidenciamos anteriormente. Em

algumas situações a simples adequação do horário da consulta agendada viabilizaria o comparecimento, como exemplificado pela Sra. A., quando questionamos se precisava fazer alguma organização especial para comparecer a consulta: “...o trabalho da costura, às vezes tem o cliente que só pode pegar na parte da manhã ou da tarde, é importante eu saber para poder me organizar...”



## VI. CONCLUSÃO

Quando pensava exclusivamente no agendamento como processo mecânico e burocrático, caracterizado por acessar a agenda, checar a data disponível e marcar, tinha o olhar focado para o processo de trabalho da equipe e a angústia que o comprometimento do bom andamento do serviço me causava. Para mim só era importante quem realizava a marcação, e onde e em que momento esta se dava; nenhum aspecto relacionado ao usuário importava.

Ao ir além e buscar o saber do usuário, foi possível observar alguns aspectos que se destacavam, de modo que a perspectiva do usuário sobre o serviço se mostrou deveras importante para compreendermos as suas faltas.

Identificamos a idade como um fator relacionado ao absenteísmo de forma inversa, onde quanto maior a idade do usuário, menor a frequência de falta do mesmo. Apesar de a maior frequência de idosos entre os entrevistados possa estar relacionada ao horário em que foram realizadas as entrevistas, fator de limitação do estudo, este achado é corroborado pela literatura como descrito anteriormente. Este achado pode estar relacionado ao autocuidado, ou mesmo à ocupação do indivíduo, pois vimos que quem trabalha, formal ou informalmente, tende a faltar mais às consultas. A ampliação da política de horário estendido, já existente em algumas Unidades, pode ajudar a diminuir esse problema. Um estudo na Arábia Saudita<sup>23</sup> mostra um maior percentual de faltas no período da manhã que nos atendimentos noturnos. Dessa forma, um estudo que avalie o período em que as pessoas mais faltam as consultas pode ser pensado, inclusive comparando uma Unidade que funcione em horário tradicional, de 8 às 17 horas, com uma que funcione em horário estendido, de 8 às 20 horas.

Também entre os motivos que levam o usuário a faltar à consulta, o esquecimento aparece com frequência, o que nos traz dois questionamentos: se aquela consulta era importante para esse usuário, ou seja, se ele valoriza esse encontro e o considera importante; e, ainda, qual a real necessidade desta consulta para o usuário e para o serviço. Isso nos remete à questão dos protocolos clínicos que desconsideram o indivíduo, onde este passa a assumir a identidade da doença que possui.<sup>70</sup> Nesse contexto, as necessidades de saúde são interpretadas como o consumo de serviço deixando de lado toda a sua complexidade e diferentes aspectos que a compõem. Assim,

como as necessidades são individuais, a proposição de protocolos assistenciais por vezes não dá conta da especificidade da pessoa.<sup>70</sup>

O contato prévio com o usuário, nessa Unidade representado pelo envio de mensagem de texto para o celular do usuário, o ajuda a lembrar do seu compromisso e é, possivelmente, uma ferramenta importante na redução deste motivo (o esquecimento) para falta às consultas. Contudo, encontramos como entrave o baixo número de celulares cadastrados no prontuário eletrônico e ainda a alta rotatividade de número de telefone pelos usuários. Assim, um estudo de intervenção que identifique a redução ou não do número de faltas daqueles lembrados por meio de mensagem de texto pode ser pensado, sem esquecer da importância da atualização constante do cadastro dos usuários.

No decorrer das entrevistas, como pudemos ver, alguns aspectos se destacaram sobremaneira, tanto relacionados ao serviço quanto ao usuário.<sup>23</sup>

Os usuários possuem uma percepção do cuidado associada à valorização da realização de exames e prescrição de medicamentos tendo as tecnologias duras maior importância do que as leves - o que é compreensível se pensarmos que vivemos em uma sociedade em que a medicalização da saúde está cada vez mais evidente. Mesmo assim, a mudança do estilo de vida, como uma boa alimentação e a prática de atividade física, tem seu espaço pelo menos no inconsciente das pessoas, que os mencionam como atitudes fundamentais para cuidar da saúde.

Outra discussão que se impõe são as funções do ACS (Anexo IV), as quais, no âmbito deste trabalho consistem em verificar o agendamento das consultas dos usuários,<sup>63, 64, 65, 66</sup> mas não, necessariamente, agendá-las. Alguns artigos discutem quais tarefas seriam consideradas desvio de função do ACS, como o agendamento de consulta, no domicílio ou na Unidade, exercendo uma função administrativa que a princípio não lhe compete. Este é o tema de alguns estudos que buscaram saber dos ACS o que considerariam sua função - a marcação de consultas e exames surge frequentemente, mostrando que este fato não é exclusivo de Manguinhos.<sup>63, 64</sup>

Outra questão levantada no que tange o ACS foi a marcação excessiva de alguns usuários o que pode estar associado às metas e ao desconhecimento dos protocolos clínicos por parte de profissionais e usuários.

Assim, a marcação em casa feita pelo ACS, mencionada anteriormente, objetiva ampliar o acesso mas, se não for realizada de maneira cautelosa, pode aumentar o

absenteísmo, como vimos no estudo. Considerando todos esses aspectos, uma capacitação constante da equipe torna-se necessária, já que o ACS faz parte da equipe de saúde da família e a comunicação entre todos os profissionais também é fundamental para o bom andamento do processo de trabalho.

Ainda surgem questões relacionadas à equipe - quando o ACS agenda uma consulta para o usuário sem este saber o porquê, a desvalorização desse encontro pode aumentar e, com isso, o índice das faltas. Além disso, a consulta pode ser agendada para um horário inconveniente para o usuário, se o mesmo não for consultado adequadamente.

Dessa forma, conhecer quais horários estão disponíveis para aquele usuário e se ele julga que conseguirá comparecer no horário oferecido é uma variável importante. Agendas fechadas, com turnos predeterminados por ciclo de vida ou comorbidades, ou Unidades que não trabalham com horário estendido, tendem a gerar menor variedade de oferta para o usuário, que precisa se adequar àquele formato e assim aumentam, como vimos, o absenteísmo. Inclusive por ser o horário de funcionamento do serviço de saúde igual ao horário comercial em que grande parte das pessoas está trabalhando. Muitos usuários afirmam que seu empregador não aceita atestado ou o patrão vê com desconfiança aquele que vai às consultas no horário do expediente. Assim, dependendo do seu horário de trabalho, do horário de funcionamento da Unidade e da organização dos turnos pela equipe, não existe muita alternativa para os usuários comparecerem às consultas.

Assim, além desse aspecto (como é realizado o agendamento, quem o faz e como ele é feito), escutar o usuário e conhecer o seu cotidiano sobre estes aspectos são pontos importantes a fim de otimizar a acessibilidade ao serviço.

Encontramos na literatura artigos sobre absenteísmo, mas tratando de empresas e percentual de falta de seus funcionários, além do motivo, da doença<sup>71</sup> que ocasionou a ausência do serviço. No entanto, abordando a visão do trabalhador, nosso estudo evidenciou o contrário: receio deste de perder o emprego, o não aceite do atestado médico por parte de algumas empresas. Isto implicaria em uma maior sensibilização das mesmas sobre a importância da saúde do trabalhador.

Foi também destacada pelos usuários a facilidade de reagendamento, evidenciada pela alta frequência de pessoas que faltaram repetidas vezes à consulta médica agendada no período de seis meses. Alguns usuários chegaram a faltar sete vezes, o que reforça a facilidade para reagendamento e a desvalorização do compromisso, como foi inclusive

mencionado pelos entrevistados. Mais uma vez, a população aciona o ACS para esse fim, e não existe qualquer limite para isso. O fim do reagendamento automático é mencionado em alguns estudos como medida para reduzir o problema do absentéismo<sup>16</sup>.

Como pudemos constatar não ocorreu uma motivação padrão para o agendamento entre os faltosos, diferentemente dos assíduos, onde o “acompanhamento” médico surgiu como motivador preponderante. Os usuários faltaram tanto consultas ditas como de rotina, como as de queixas clínicas como dor ou corrimento vaginal. Surge, portanto, o questionamento se essas seriam razões que deveriam ser agendadas já que, mesmo tendo sido marcadas para apenas um a sete dias após, não garantiram o comparecimento do usuário na Unidade, o que nos remete a novos estudos. Vale ressaltar que o tempo entre o dia da marcação e a consulta, diferentemente de outros estudos, não foi evidenciada nesta Unidade como causa de absentéismo pelos entrevistados, apesar do esquecimento ter se destacado.

Assim, algumas mudanças no serviço podem ser benéficas para reduzir o absentéismo tais como: facilitar a desmarcação e o agendamento; ampliar as formas de comunicação da população com a Unidade através de telefones e correio eletrônico; e ouvir o usuário e marcar em horário conveniente para ele, entendendo seu cotidiano, inclusive o que precisa fazer de organização para comparecer à consulta.

Nesse estudo, iniciamos a discussão sobre a importância de se conhecer a percepção do usuário e daqui para frente muito ainda deve ser desvendado, principalmente no que tange a visão do profissional de saúde sobre o usuário, a visão do usuário sobre o serviço e se eles estão se comunicando efetivamente ou se há apenas um diálogo vazio.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Anexo técnico A do contrato de gestão: Acompanhamento do contrato, avaliação e metas para os serviços de saúde – área de planejamento, 2010.
2. Ferreira J. A saúde em comprimidos: influências socioculturais na interpretação de sintomas e terapias medicamentosas em uma vila de classe popular de Porto Alegre. Saúde debate. 2001 set-dez; 25(59): 67-72.
3. Husain-Gambles M et al. Missed appointments in primary care: questionnaire and focus group study of health professionals. Br J Gen Pract. 2004 feb; 54(499): 108-13.
4. O Diário de Mogi [homepage na internet]. São Paulo; [acesso em 05 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www.odariodemogi.inf.br/cidades/cidades/1939-falta-a-consultas-prejudica-sistema-.html>
5. Portal da Cidadania [homepage na internet]. Santa Catarina: Prefeitura Municipal de Biguaçu; [acesso em 05 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www.bigua.sc.gov.br/.../excesso-de-faltas-em-exames-e-consultas-prejudica-a-saude-de-biguaçu/>
6. Correio da Manhã [homepage na internet]. Portugal: Lisboa; [acesso em 05 de setembro de 2012]. Disponível em: <http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/noticias/nacional/.../doentes-faltam-mais-as-consultas-e-exames-1/>
7. Jornal da Cidade [homepage na internet]. Rio Claro: São Paulo; [acesso em 06 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://...uol.com.br/.../83860--Cerca-de-30-dos-pacientes-faltam-as-consultas-agendadas-sem-avisar->
8. Diário gaúcho [homepage na internet]. Porto Alegre; [acesso em 04 de setembro de 2012]. Disponível em: <http://diariogaúcho.clícrbs.com.br/rs/.../ausências-nas-consultas-do-sus-chegam-a-50-3834303.html>
9. A Gazeta [homepage na internet]. Espírito Santo; [acesso em 06 de dezembro de 2011]. Disponível em: [http://gazetaonline.globo.com/ conteudo/2011/05/noticias/a\\_gazeta/dia\\_a\\_dia/847876-faltas-em-consultas-médicas-chegam-a-70-na-rede-publica.html](http://gazetaonline.globo.com/ conteudo/2011/05/noticias/a_gazeta/dia_a_dia/847876-faltas-em-consultas-médicas-chegam-a-70-na-rede-publica.html)
10. G1 [homepage na internet]. Rio Grande do Sul; [acesso em 04 de agosto de 2012]. Disponível em: <http://g1.globo.com/rs/.../falta-consultas-marcadas-gera-prejuizo-de-r-500-mil-em-canoas-rs.html>
11. Kwintner M. When absence speaks louder than words: an object relational perspective on no-show appointments. Clin Soc Work J. 2011; 39:253-61.

12. Giacchero KG, Miasso AI. Ambulatório de psiquiatria em hospital geral: caracterização da adesão de usuários ao agendamento. *Rev RENE*. 2008 abr-jun; 9(2): 20-7.
13. Perron NJ, Dao MD, Kossovsky MP, Miserez V, Chuard C, Calmy A et al. Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: randomized controlled study. *BMC Fam Pract*. 2010; 11:79.
14. Barron WM. Failed appointments: Who misses them, why they are missed, and what can be done. *Prim Care*. 1980 Dec; 7(4): 563-74.
15. Van der Meer G, Looek JW. Why patients miss follow-up appointments: a prospective control-matched study. *East Afr J public Health*. 2008 Dec; 5(3): 154-6.
16. Neal RD, Hussain-Gambles M, Allgar VL, Lawlor DA, Dempsey O. Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. *BMC Fam Pract*. 2005; 6:47.
17. Lacy NL, Paulman A, Reuter MD, Lovejoy B. Why we don't come: patient perceptions on no-shows. *Ann Fam Med*. 2004; 2:541-5.
18. Gerson LW, McCord G, Wiggins SL. A strategy to increase appointment keeping in a pediatric clinic. *Journ Comm Health*. 1986; 11(2): 111-21.
19. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
20. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
21. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(1):1029-42.
22. Weingarten N, Meyer DL, Schneid JA. Failed appointments in residency practices: who misses them and what providers are most affected? *J Am Board Fam Pract*. 1997 nov-dec; 10(6):407-11.
23. Nour El-Din MM, Al-Shakhs FN, Al-Oudah SS. Missed appointments at a university hospital in eastern Saudi Arabia: magnitude and association factors. *J Egypt Public Health Assoc*. 2008; 83(5-6): 415-33.
24. CENSO 2010 [homepage na Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; [acessado em 04 de julho de 2012]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/censo2010/resultados\\_do\\_censo2010.php](http://www.ibge.gov.br/censo2010/resultados_do_censo2010.php)
25. Senna MCM, Mello ALR, Bodstein R. A Estratégia Saúde da Família no DLIS-Manguinhos. In: Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB, editores. Promoção da

- saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos - RJ. Rio de Janeiro: Abrasco/ Fiocruz, 2002. p. 189-214.
26. Conhecendo Manguinhos [homepage na Internet]. Rio de Janeiro; [acesso em 16 de agosto de 2012]. Disponível em: Site Manguinhos <http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br/?q=node/15>
  27. Ferreira J. Semiologia do Corpo. In: Leal OF, organizador. Corpo e Significado – ensaios de antropologia social. Porto Alegre: Editora da Universidade / UFRGS; 1995. p.89-104.
  28. Ayres J R C M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *Physis* (Rio J). 2007; 17(1):43-62
  29. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. *SUS Brasil: caderno de textos*. 2004; 108-37.
  30. Silva IJ et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(3): 697-703.
  31. Ferreira ABH. Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
  32. Coppard L. **La autoatención de la salud y los ancianos**. In: Organización Panamericana de la Salud. *Hacia el bienestar de los ancianos*. Washington DC; 1985.
  33. Ayres JRCM. SUJEITO, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2001; 6(1):63-72.
  34. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc saúde coletiva*. 2004; 9(1): 139-46.
  35. Habermas J. *Consciência Moral e Agir Comunicativo*. Editora Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro. 1989.
  36. Beck CLC, Minuzi D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência a saúde: uma análise bibliográfica. *Saúde (Santa Maria)*. 2008; 34 (1-2): 37-43.
  37. Iunes RF. Demanda e demanda em saúde. In: Piola SF, Viana SM, organizadores. *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA; 1995.
  38. Cecílio, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. Disponível em: [http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade\\_e\\_Equidade\\_na\\_Atencao\\_a\\_saude\\_-\\_Prof\\_Dr\\_Luiz\\_Cecilio.pdf](http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf)
  39. Camargo JR. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec; 2003.

40. Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface comun saúde educ.* 2007 set-dez; 11(23): 605-18.
41. Balestrin MF, Barros SABM. A relação entre concepção do processo saúde e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. *Voos Revista Polidisciplinar eletrônica da Faculdade Guaiçara.* 2009 jul; 1: 18-41.
42. Boltanski L. *As classes sociais e o corpo.* São Paulo: Paz e Terra; 2004.
43. US Department of Health and Human Services. The seventh Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, 2003 December.
44. Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes.* 3ª Ed. Itapevi: São Paulo; 2009.
45. Ferreira J, Engstrom EM. Medo, perigo, estigma: A dimensão simbólica no acesso ao tratamento da tuberculose em cenário de violência urbana da população de baixa renda moradora de Manguinhos, Rio de Janeiro. *In press* 2012.
46. Ferreira J, Espirito Santo W. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. *Physis (Rio J.).* 2012; 22 (1): 179-98.
47. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc saúde coletiva.* 2003; 8(3): 815-23.
48. Ayres, JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comun saúde educ.* 2003 set – 2004 fev; 8(14):73-92.
49. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad saúde pública.* 2008; 24 (1):S100-10.
50. Barata, RB. Acesso e serviços de saúde considerações sobre os resultados da pesquisa de condições de vida em 2006. *São Paulo em Perspectiva.* 2008 jul-dez; 22(2): 19-29.
51. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad saúde pública.* 2004; 20 (2): S190-8.
52. Lora AP. *Acessibilidade aos serviços de saúde estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no município de Pedreira SP [dissertação].* São Paulo: UNICAMP; 2004.
53. Ferreira J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde Soci.* 2005; 4(3): 111-8.



54. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
55. Fontanella BJB, Ricas J, Turato RB. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008 jan; 24(1): 17-27.
56. Silva FL. Da ética filosófica à ética em saúde In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, coord. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p19-36.
57. Bardin L. Análise de Conteúdo. 20ª ed. Lisboa; 1995.
58. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [acesso em 12 out 2012]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>
59. Mourao P R. Tempo decorrido desde a última consulta: análise de um modelo estatístico aplicado ao caso das mulheres na Espanha. AMB rev Assoc Med Bras. 2011; 57(2): 164-70.
60. Carvalho, M A P; Pivetta, F. O Território Integrado de Atenção a Saúde em Manguinhos: todos somos aprendizes! 1ª ed. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.
61. Smith C M, Yam B P. Factores associated with appointment keeping in a Family Practice Residency Clinic. J Fam Pract. 1994; (38): 25-9.
62. Pinheiro R, Mattos RA. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: S Lobo; 2005.
63. Ferreira J. O Humanitário no Brasil: entre o ideal universal e a cultura local. In: Ferreira, J.; Schuch, P. (org). Direitos e ajuda humanitária perspectivas sobre família, gênero e saúde. Editora Fiocruz. 2010; 49-76
64. Costa S M. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2013; 18(7): 2147-56.
65. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: MS, 2009.
66. Brasil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre as funções do agente comunitário de saúde. Constituição Federal.
67. Whittle J et al. Relationship of scheduling interval to missed and cancelled clinic appointments. J Amb Care Manage. 2008 oct-dec; 31(4):290-302.
68. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Carteira de serviços – relação de serviços prestados na Atenção Primária. Rio de Janeiro; [acesso em 20 de junho de 2013]. Disponível em

[http://www.subpav.org/download/impressos/SMSDCRJ\\_carteira\\_de\\_servicos\\_Vprofissionais.pdf](http://www.subpav.org/download/impressos/SMSDCRJ_carteira_de_servicos_Vprofissionais.pdf)

69. Brasil. Decreto 27.048/49. Lei 605/49 artigo 12, parágrafo 1 e 2, dispõe sobre as formas de abono de faltas mediante atestado médico. Constituição Federal.
70. Souza CR, Botazzo C. Construção social da demanda em saúde. *Physis (Rio J.)*. 2013; 23(2): 393-413.
71. Andrade TB, et al. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. *Scientia Medica*. 2008 out-dez; 18(4): 166-171.

## ANEXO I

Código  
entrevistado

Nome do entrevistado:

### Roteiro de entrevista

- Perfil socioeconômico:

Idade	Sexo	Cor	Religião	Local de origem	Local de residência	Local da entrevista

1. Unidade doméstica (quem mora na residência do entrevistado):

Nome	Sexo	Idade	Parentesco com o entrevistado	Ocupação

2. Total de pessoas que residem na casa: \_\_\_\_\_

3. Situação familiar:

( ) solteiro ( ) casado ( ) união estável ( ) separado ( ) viúvo

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

4. Número de filhos:

( ) nenhum ( ) 1-2 ( ) 3-4 ( ) 5 ou mais

5. Caso tenha filhos:

Todos os filhos moram com você? ( ) sim ( ) não

6. Situação de Moradia:

( ) própria ( ) alugada ( ) no terreno da família ( ) cedida por outra pessoa

Quem? \_\_\_\_\_

7. Renda familiar:

( ) 1 a 2 salários mínimos ( ) 3 a 4 salários mínimos

( ) 5 a 6 salários mínimos ( ) 7 a 8 salários mínimos

( ) acima de 9 salários mínimos ( ) < 1 salário mínimo

8. Renda individual:

( ) 1 a 2 salários mínimos ( ) 3 a 4 salários mínimos ( ) sem renda própria

( ) 5 a 6 salários mínimos ( ) < 1 salário mínimo

9. A família recebe algum benefício do governo?

Se sim, Qual?

\_\_\_\_\_

10. Escolaridade:

( ) Ensino fundamental (1º grau) incompleto ( ) Ensino fundamental (1º grau) completo

( ) Ensino médio (2º grau) incompleto ( ) Ensino médio (2º grau) completo

( ) superior incompleto ( ) superior completo

( ) curso de especialização ( ) mestrado

( ) curso técnico ( ) não alfabetizado

11. Trabalho/ Ocupação:

Qual a sua profissão/ocupação: \_\_\_\_\_

( ) exerce ( ) não exerce

12. Que atividades exerce no momento? \_\_\_\_\_

13. Se desempregado:

Quanto tempo procura trabalho?

14. Se empregado:

Inserção no mercado de trabalho:

( ) por conta própria (ex.: negócio) / autônomo Qual: \_\_\_\_\_

( ) carteira assinada

( ) para terceiros sem vínculo empregatício.

( ) biscates quando aparecem

( ) outros (ex.: contrato) Qual: \_\_\_\_\_

15. Comentários sobre a profissão/ocupação:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• **Representações sobre Saúde, Doença e Cura**

1. Quando você se considera doente? Você está com alguma doença agora? (Ex. : Hipertensão Arterial, Diabetes, Alcoolismo, AIDS)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Quando você está doente qual o primeiro recurso que você geralmente usa para se tratar?

- ( ) benzedeiros ( ) Chás ( ) remédios caseiros  
( ) remédios alopatas ( ) remédios homeopatas ( ) pai e mãe de santo  
( ) Benção do padre ( ) sessão descarrego ( ) oração do pastor  
( ) vacinas ( ) injeção ( ) posto de saúde  
( ) outro Qual? \_\_\_\_\_

3. Você falou com alguém antes de procurar o médico?

- ( ) sim Quem? \_\_\_\_\_  
( ) não

4. Quando busca cuidados médicos?

- ( ) regularmente ( ) acha que vai ficar doente ( ) se sente mal ( ) não pode trabalhar  
( ) doença grave ( ) nunca ( ) outro ( ) não sabe

5. Local onde geralmente procura cuidados médicos:

- ( ) posto de saúde - qual? \_\_\_\_\_  
( ) hospital público – qual? \_\_\_\_\_  
( ) hospital particular – qual? \_\_\_\_\_  
( ) consultório particular  
( ) UPA – qual? \_\_\_\_\_  
( ) Centro de Saúde da ENSP (observar se o entrevistado reconhece a ESF)  
( ) outro \_\_\_\_\_

6. Há dificuldades de acesso aos cuidados médicos? Quais? (verificar se são dificuldades em relação aos serviços ou questões socioeconômicas ou culturais)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. O que você acha importante para prevenir doenças e cuidados com a saúde? (usar termos do entrevistado)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• **Representações sobre a consulta agendada**

1. Como você se sente por ter que ver o médico (preocupado, ansioso, esperançoso, etc.)? Por quê?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

–

2. Quem agendou a consulta?

---

---

3. Foi dado a você opção de escolher o dia da semana e horário da consulta?

---

---

---

4. Se a consulta foi agendada por você, o que o levou a agendar a consulta médica? Qual o motivo? (preventiva, acompanhamento de doença, check up,...)

---

---

---

---

5. Você considera esse motivo importante?

---

---

---

---

6. No momento do agendamento foi bem tratado? Se não, por quê?

---

---

---

---

7. Qual foi o tempo entre o momento de agendamento e a data da consulta? O que você achou deste período (demorou muito ou não)?

---

---

---

---

8. Você foi à consulta?

( ) sim Por quê?

---

---

---

---

( ) não Por quê?

---

---

---

***Se foi à consulta (9, 10 e 11)***

9. Como foi a consulta ( descrever tanto a consulta como o profissional que o atendeu):

---

---

---

---

10. Seu problema foi resolvido?

---

---

---

---

---

---

11. Você chegou a pensar em desistir da consulta? O que o levou a comparecer?

---

---

---

---

---

---

12. Você acha que se as pessoas consultarem mais o médico terão mais a saúde?

---

---

---

---

---

---

13. Por que você acha que as pessoas faltam às consultas?

---

---

---



14. Fale-me sobre uma vez que você ou alguém que você conhece tiveram uma consulta e não compareceram.

---

---

---

---

---

15. Você precisa fazer alguma organização especial para comparecer às consultas médicas? (Transporte, cuidado com as crianças, trabalho, etc.)

---

---

---

---

---

---

***Se não compareceu à consulta (16 e 17):***

16. No caso de falta à consulta, você avisou ao serviço de saúde que não iria à consulta? Como, quem e por quê?

---

---

---

---

---

---

17. Você pretende remarcar a consulta por este motivo? Por quê? É fácil reagendar a consulta?

---

---

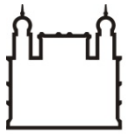
---

---

---

---

## ANEXO II



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa Percepção dos usuários sobre a necessidade de comparecimento ou não à consulta médica na Estratégia de Saúde da Família, em Manginhos, Rio de Janeiro. Você foi escolhido por critérios de moradia no Complexo de Manginhos e ser acompanhado pela Estratégia de Saúde da Família e sua participação não é obrigatória. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por Mellina Marques Vieira Izecksohn aluna do Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família.

O objetivo é conhecer os motivos que fazem você freqüentar ou se ausentar das consultas médica agendadas.

Por intermédio desse Termo são garantidos os seguintes direitos: (1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos da Pesquisa; (2) sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, data de nascimento, local de trabalho, bem como quaisquer outras informações que possam levar a sua identidade pessoal; (3) você pode se negar a responder a qualquer pergunta ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa; (6) escutar a entrevista que será gravada e desautorizar o seu uso após a escuta.

A sua participação permitirá o maior conhecimento sobre a realidade do trabalho da Saúde da Família podendo trazer subsídios para tomadas de decisão, se assim for necessário. Não existem riscos para os participantes, já que serão seguidos todos os preceitos éticos. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado, o tempo de duração da entrevista é de 40 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, mas somente terão acesso às mesmas e as gravações a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Os resultados caso queira, serão a você disponibilizados.

“Declaro estar ciente das declarações nesse “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto dos meus dados pessoais e de minha participação na pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimento sobre essa Pesquisa: recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de qualquer informação que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da Pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia desse Termo permanecerá arquivada com o Pesquisador responsável da Escola Nacional de Saúde Pública e outra será entregue ao entrevistado.”

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Pesquisadora responsável: Mellina Marques Vieira Izecksohn

Assinatura da pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

***Contato com a pesquisadora responsável:***

CSE Manguinhos/ TEIAS Manguinhos.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo – Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP: 21041-210 - Tel.: (21) 2598-2520. E-mail: mellmarques@hotmail.com

***Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública:***

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314 - Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ  
CEP: 21041-210 – Tel. e fax: (21) 2598-2863. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

## ANEXO III

### Decreto nº 27.048 de 12 de Agosto de 1949

“... Aprova o regulamento da Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949, que dispõe sobre o repouso semanal remunerado e o pagamento de salário nos dias feriados civis e religiosos.

**Art 12.** Constituem motivos justificados:

- a) os previstos no art. 473, e seu parágrafo da Consolidação das Leis do Trabalho ;
- b) a ausência do empregado, justificada, a critério da administração do estabelecimento, mediante documento por esta fornecido;
- c) a paralisação do serviço nos dias em que, por conveniência do empregador, não tenha havido trabalho;
- d) a falta ao serviço, com fundamento na Lei de Acidentes do Trabalho ;
- e) a ausência do empregado, até três dias consecutivos, em virtude de seu casamento;
- f) **a doença do empregado devidamente comprovada, até 15 dias, caso em que a remuneração corresponderá a dois terços da fixada no art. 10.**

§ 1º **A doença será comprovada mediante atestado passado por médico da empresa ou por ela designado e pago.**

§ 2º **Não dispendo a empresa de médico da instituição de previdência a que esteja filiado o empregado, por médico do Serviço Social da Indústria ou do Serviço Social do Comércio, por médico de repartição federal, estadual ou municipal, incumbido de assunto de higiene ou saúde, ou, inexistindo na localidade médicos nas condições acima especificados, por médico do sindicato a que pertença o empregado ou por profissional da escolha deste....”**

## ANEXO IV

### Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos

#### LEI Nº 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006.

Conversão da MPv nº 297, de 2006

Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

“... Faço saber que o **PRESIDENTE DA REPÚBLICA** adotou a Medida Provisória nº 297, de 2006, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Renan Calheiros, Presidente da Mesa do Congresso Nacional, para os efeitos do disposto no art. 62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, combinado com o art. 12 da Resolução nº 1, de 2002-CN, promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º As atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, passam a reger-se pelo disposto nesta Lei.

Art. 2º O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei, dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional.

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;

II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e

VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida...”

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família.

**Pesquisador:** Mellina Marques Vieira Izecksohn

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 12284913.8.0000.5240

**Instituição Proponente:** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 195.406

**Data da Relatoria:** 06/02/2013

**Apresentação do Projeto:**

O projeto consiste em uma dissertação de mestrado orientada pela professora doutora Jaqueline Teresinha Ferreira e foi qualificado em 22 de novembro de 2012.

Consiste em uma pesquisa um estudo descritivo exploratório com abordagem quanti-qualitativa.

O estudo descritivo objetiva a familiarização com o problema, que será feito através da abordagem quantitativa do estudo, pelo levantamento do número de faltosos às consultas médicas de cada equipe.

A parte exploratória proporcionará uma visão geral do problema, permitindo uma maior compreensão e estará baseada na abordagem qualitativa, pela realização das entrevistas aos usuários das equipes. A abordagem qualitativa busca as percepções dos moradores sobre a necessidade ou não de comparecimento às consultas agendadas através da técnica de entrevistas.

A pesquisadora projeta um grupo de entrevistados composto por 10 usuários que compareceram e usuários que não compareceram as consultas agendadas, no período de quinze dias antes da realização da entrevista. A amostra é intencional sendo limitada por saturação ou redundância de informações.

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

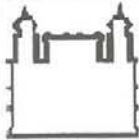
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Conhecer os motivos que levam os usuários a faltar ou não às consultas médicas agendadas da Estratégia de Saúde da Família, de Manguinhos.

**Objetivos Secundários:**

Estabelecer a quantidade de faltas dos usuários às consultas agendadas para as equipes de saúde da família, categorizando pelas características do usuário.

Conhecer a percepção dos usuários quanto à importância de comparecer nas consultas agendadas, identificando os motivos para as faltas.

Comparar a percepção dos usuários faltosos e assíduos em relação à importância da consulta médica

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora identifica o risco de constrangimento do usuário em situação de entrevista e para tanto assegura que o usuário será informado sobre o tema, os objetivos do estudo e confidencialidade dos dados mediante um termo de consentimento livre e esclarecido, sendo voluntária e de livre escolha sua participação de acordo com o princípio da autonomia.

Entre os benefícios a pesquisadora aponta que após a conclusão do estudo os resultados serão devolvidos para as equipes que poderão refletir sobre seus processos de trabalho, e aprimorá-lo, caso julguem necessário.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O desenho e o roteiro da pesquisa são coerentes e adequados ao tema. O critério de saturação da amostra foi escolhido e é pertinente à abordagem da investigação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - está plenamente adequado, bem como o roteiro de entrevistas. O termo de autorização para a realização da pesquisa no CSE Manguinhos está assinado e possui carimbo com matrícula SIAPE da coordenadora do TEIAS Escola Manguinhos.

**Recomendações:**

Enviar ao CEP, como notificação, orçamento detalhado.

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

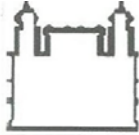
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Considerando que, para a CONEP, qualquer pesquisa envolve custos, é premente a apresentação do orçamento detalhado. (Res.CNS 196/96, VI.2, "j orçamento financeiro detalhado da pesquisa: recursos, fontes e destinação, bem como a forma e o valor da remuneração do pesquisador".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Cumprir as recomendações.

**Situação do Parecer:**

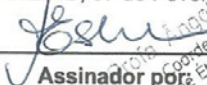
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

RIO DE JANEIRO, 07 de Fevereiro de 2013

  
Assinador por:  
Ângela Fernandes Esher Moritz  
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br