

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE**

**ABSENTEISMO DOS USUÁRIOS  
EM CONSULTAS E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS AGENDADOS NO  
SUS: UM ESTUDO EM UM MUNICÍPIO BAIANO**

JULIA SOUSA SANTOS  
Vitória da Conquista – Ba  
2008

# **ABSENTEISMO DOS USUÁRIOS EM CONSULTAS E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS AGENDADOS NO SUS: UM ESTUDO EM UM MUNICÍPIO BAIANO**

Título em inglês – Users' absenteeism in appointment of consultation and procedures on SUS: a learning in a baiano city.

Título resumido - **ABSENTEISMO EM CONSULTAS E PROCEDIMENTOS**

JULIA SOUSA SANTOS<sup>1</sup>

Professor orientador: LUIS EUGENIO PORTELA FERNANDES DE SOUZA<sup>2</sup>

1. Enfermeira, especialista em Enfermagem Obstétrica e em Auditoria do Sistema de Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de Vitória da Conquista.
2. Médico, doutor em Saúde Pública (U. de Montreal), professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia;

Correspondência para

JULIA SOUSA SANTOS

End: [julia.ss@terra.com.br](mailto:julia.ss@terra.com.br)

**A Larissa e Lucas, filhos amados,  
que são a luz da minha vida.**

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por mais essa vitória em minha vida profissional, por guiar-me por todo caminho e ajudando-me a superar os obstáculos encontrados.

A minha mãe, grande educadora, que sempre me incentivou com seu exemplo de vida pessoal e profissional trilhada com grande paixão pela educação.

A Roque, esposo e companheiro de tantos anos, que sempre me apoiou e contribuiu nos cuidados com nossos filhos.

Aos meus filhos, que mesmo sem compreender o porquê de tantas ausências, sempre me recebiam de volta com um largo sorriso.

A minha irmã Renata, que após ser capacitada como pesquisadora, foi essencial no processo de coleta dos dados, e que com suas filhas e seu companheiro completam a base de minha família.

Aos meus tios e primos, fortalezas em minha vida, que de forma decisiva contribuíram na informatização dos dados tabulados.

Aos meus amigos e colegas de curso, em especial, Adriana, Cristiane e Lygia, pela troca de conhecimentos e por tornarem prazeroso todo o período deste mestrado.

Aos amigos e funcionários da Central de Marcação, em especial a Rosana, Elis, Francisco e Roberta, que contribuíram com o processo de realização da pesquisa.

A Delma, coordenadora da Auditoria Ambulatorial, que contribuiu de forma fundamental no processo de coleta de dados.

Aos professores que com os seus conhecimentos cooperaram para enriquecimento do curso.

E, em especial, ao professor **Luis Eugênio**, que não só enriqueceu o trabalho com sua incontestável experiência, como também soube ser generoso em todo o processo de elaboração do artigo, aceitando-me como aluna após o período regular.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO E OBJETIVOS</b> .....	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	<b>11</b>
2.1	Descrição das etapas.....	13
<b>3</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>16</b>
3.1	Índice de absenteísmo.....	16
3.2	Distribuição do índice de absenteísmo.....	18
3.3	Causas do absenteísmo.....	20
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>24</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>28</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>29</b>
	Apêndice A.....	29
	Apêndice B.....	30
	Apêndice C.....	33

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB – Atenção Básica

AC – Alta Complexidade

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CEMAE – Centro Municipal de Atendimento Especializado

CMC – Central de Marcação de Exames

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MC – Média Complexidade

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

PPI – Programação Pactuada e Integrada

SUS – Sistema Único de Saúde

SISMAAC – Sistema Municipal de Avaliação, Auditoria e Controle

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFBA – Universidade Federal da Bahia

**LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 01.....18  
FIGURA 02.....22

**LISTA DE GRÁFICO**

GRAFICO 01.....20

**LISTA DE TABELAS**

TABELA 01.....18  
TABELA 02.....19

## RESUMO

O não comparecimento dos usuários às consultas e aos procedimentos especializados agendados no SUS tem comprometido o atendimento à demanda. Esta pesquisa tem como objetivos identificar o índice de absenteísmo nas consultas e nos procedimentos marcados pela Central de Marcação de Consultas (CMC) e discutir suas causas. Trata-se de um estudo descritivo, realizado a partir dos registros de todos os pacientes, agendados no mês de março de 2008, pela CMC que estimou a prevalência do absenteísmo, caracterizou por condições sócio-demográficas e sanitárias as pessoas que faltaram à consulta ou ao procedimento e identificou, através de questionário aplicado aos enfermeiros das unidades básicas de saúde, os agendamentos cuja informação que não chegou ao conhecimento dos usuários. Em uma segunda etapa, verificou-se, através de questionário aplicado a uma amostra aleatória de pacientes agendados no mês de setembro de 2008, as causas atribuídas/referidas pelo usuário ao não comparecimento às consultas e aos procedimentos especializados. O índice geral de absenteísmo foi de 27,45%. Menos de 5% dos agendamentos não foi informado pela unidade básica ao paciente. As causas do absenteísmo referidas pelos usuários, na maioria das vezes, estavam relacionadas com as barreiras sócio-culturais (39,28%). Dentre elas a não liberação do trabalho, o fato de não ter com quem deixar as crianças ou outra pessoa doente aos seus cuidados e o esquecimento da data e horário do exame. Enfim, os resultados demonstram que a CMC tem um índice elevado de absenteísmo, provocado, principalmente, por barreiras ao acesso de caráter sócio-cultural, geográfico e financeiro.

**Palavras-chave:** Absenteísmo; Central de Marcação de Consultas; Procedimentos especializados.



## ABSTRACT

The missing of the users to appointment and specialized procedures scheduled in the SUS has committed the attention to the demand of specialized services. This research aims to identify the rate of absenteeism in the exams scheduled by the Central de Marcação de Consultas (CMC) and to discuss its causes. It is a descriptive study based on the records of all patients, scheduled in March 2008, by CMC. The prevalence of absenteeism was estimated, absent people were grouped by socio-demographic and health characteristics and it was identified, through a questionnaire applied to nurses in Unidades Básicas de Saúde, when information about appointment has not reached users. In a second stage, it was verified, through a questionnaire applied to a random sample of patients scheduled in September 2008, the causes referred by the missing users to absence in medical appointments and specialized procedures. The overall rate of absenteeism was 27.45%. Less than 5% of the schedules were not informed by the Unidade Básica de Saúde to the patients. Most of them reported that the causes of absenteeism were related to socio-cultural barriers (39.28%). Among the causes were: when there is no release from work, the fact of not having anyone to take care of the children or other sick person in their care and forgetting the date and time of the appointment. The results show that the CMC has a high rate of absenteeism, caused by socio-cultural, geographical and financial barriers to access.

Keywords: Absenteeism, Central de Marcação de Consultas; specialized procedures.

## 1. INTRODUÇÃO

O absenteísmo de usuários, ato praticado pelos pacientes de não comparecer às consultas e aos procedimentos agendados no Sistema Único de Saúde, tem limitado a garantia da atenção nos diversos níveis de assistência. De uma forma geral, existe uma demanda reprimida no SUS, provocada por dificuldades enfrentadas no financiamento do sistema de saúde, na contratação de médicos especialistas, bem como pela falta de utilização de instrumentos técnicos adequados na programação das ações de saúde, entre outras causas.

É necessário, portanto, organizar a oferta, melhorando o acesso e a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, e estabelecendo critérios técnico-sanitários de priorização da marcação de consultas e procedimentos. Dessa forma, garantir-se-ia à população maior efetividade na solução dos seus problemas de saúde, de forma equânime, democrática e, dividindo com a mesma, a responsabilidade pela racionalização dos recursos.

Dentre os poucos estudos realizados, as estimativas sobre as taxas de absenteísmo em procedimentos e consultas no SUS variaram entre 22 a 30%, o que representou perdas significativas dos recursos. Por exemplo, em Ribeirão Preto, a partir dos dados da Secretaria Municipal de Saúde, foi estimado em 22% o absenteísmo entre as consultas marcadas, o que equivalia à perda mensal de 800 consultas neste município (Gasparini, 2006). Outro estudo, realizado em Porto Alegre, no mesmo ano (Glugoski, 2006), relata uma média de 30% de absenteísmo. Em nenhuma destas publicações, contudo, foram relacionadas as causas ou foi descrito o perfil dos usuários que não compareceram à consulta ou ao procedimento agendados.

O modelo atual de organização da atenção à saúde é estruturado em Atenção Básica (AB), Média Complexidade (MC) e Alta Complexidade (AC). Definida como porta de entrada, a Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde a ser ofertado por todos os municípios, com qualidade e suficiência para sua população. Contempla o conjunto de ações estratégicas mínimas, necessárias para a atenção adequada aos problemas de saúde mais frequentes. Deve permitir o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e os usuários e responsabilizar-se pela resolução de até 80% dos problemas de saúde, segundo informações colhidas no *site* do Ministério da Saúde. Parte de sua demanda é referenciada para a Média

e Alta Complexidade, assim como estas duas geram demandas entre si e devem contra-referenciar estes pacientes para acompanhamento pela Atenção Básica.

Na prática, observa-se que nem sempre a Atenção Básica funciona como porta de entrada. Muitos pacientes têm acesso direto à Média Complexidade, seja por novas consultas solicitadas pelos próprios especialistas, seja burlando, de alguma forma, o fluxo estabelecido entre os níveis de atenção. Além disso, nem sempre a Atenção Básica consegue solucionar os 80% previstos da demanda que atende, aumentando o encaminhamento para os outros níveis de atenção. Muitas vezes, isto ocorre porque a população não tem acesso fácil para cuidar de sua saúde de forma preventiva ou antes que o quadro se agrave.

Pensando-se na regulação do fluxo gerado pelos três níveis de atenção, foram criadas as Centrais de Marcação de Consulta (CMC). A CMC é um setor, geralmente, ligado à Coordenação de Auditoria, Controle e Avaliação da Secretaria Municipal da Saúde e atua como componente da estratégia de regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como objetivo otimizar a oferta de serviços de saúde para a população, possibilitando um acesso ágil, equânime e democrático (SES/RJ – 2004).

Supõe-se que as dificuldades de acesso sejam as principais causas do absenteísmo, mas não se tem isso documentado.

O acesso é o primeiro passo para a garantia de utilização dos serviços de saúde, sem obstáculos que impeçam ou dificultem a busca e a obtenção de cuidados preventivos ou curativos.

A Constituição brasileira, ao estabelecer o Sistema Único de Saúde, propôs um sistema que assegurasse o acesso universal e equânime às ações e aos serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde, permitindo melhorias nos níveis sanitários da nossa população (Barreto & Carmo, 2000).

Além das dificuldades encontradas por conta da oferta insuficiente de ações e serviços de saúde, deparamo-nos ainda com um grande número de pessoas que, mesmo tendo conseguido fazer o seu agendamento nos serviços, não comparece para realizar suas consultas ou seus procedimentos.

A acessibilidade é estudada por um grande número de autores nas suas dimensões: geográfica, organizacional, econômica e cultural (Donabedian, 1988; Unglert, 1990, 1995; Acurcio & Guimarães, 1996; Formigli *et al*, 2000; Hortale *et al*, 2000; Ramos & Lima, 2003).

Donabedian (1988) afirma que a avaliação da acessibilidade de um serviço de saúde deve considerar as dimensões sócio-organizacional e geográfica, explica que a dimensão sócio-organizacional está relacionada às características dos recursos que facilitam ou dificultam os esforços dos usuários para obtenção do atendimento, e que a dimensão geográfica consiste na determinação da distância que o usuário tem que percorrer para chegar ao estabelecimento de saúde, da distância de traslado, do tempo de deslocamento, do tempo total percorrido e dos custos diretos e indiretos do transporte.

Travassos & Martins (2004) defendem a idéia de que a utilização dos serviços de saúde é resultante da interação entre o indivíduo (usuário) e o profissional de saúde; o sistema de saúde, de acordo com fatores determinantes relacionados às necessidades de saúde do usuário (morbidade, gravidade e urgência da doença); características demográficas, geográficas, sócio-econômicas, culturais e psíquicas. No que se refere às características dos profissionais, destacam-se: o tempo de graduação, a especialização, a experiência profissional, o tipo de prática que desenvolve no serviço e a forma de pagamento dos profissionais; a organização do serviço (recursos disponíveis, características da oferta, o modo de remuneração, acesso geográfico e social) e as características políticas do sistema de saúde, como financiamento, distribuição dos recursos, legislação e regulação do mesmo.

*O parágrafo anterior está confuso: tanto na distinção entre características dos profissionais e dos serviços, quanto no tipo de efeito que cada característica pode ter na acessibilidade. Esclareça.*

Frenk (1992) define acessibilidade como a relação entre os recursos de poder de utilização dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde à sua utilização nas dimensões geográfica, econômica e organizacional, sendo esta interna ou de entrada. Já o poder de utilização dos usuários foi discriminado como poder de tempo e transporte (geográfico), poder econômico e poder de lidar com a organização. Enquanto a disponibilidade representa a presença física dos recursos de saúde, refletindo a sua capacidade de produzir serviços, a utilização representa o consumo efetivo do serviço.

O presente estudo foi realizado em um município de médio porte, situado no interior da Bahia, habilitado em gestão plena do sistema de saúde desde setembro de 1999. O município conta com um amplo elenco de consultas e procedimentos especializados regulados pela CMC, implantada no ano de 1999 (SMS/VC – 2007),

porém até o momento não dispõe de registros que indiquem o índice e as causas do não comparecimento dos usuários às consultas e aos procedimentos.

A perda gerada pelo absenteísmo refere-se não apenas ao desperdício do recurso público, mas também ao aumento da demanda, por motivos que podem estar relacionados tanto ao sistema de saúde, quanto a questões sócio-culturais ligadas diretamente ao cidadão que, sem a resolução do seu problema de saúde, retorna para o fluxo de marcação.

Isto posto, cabe questionar quais as barreiras existentes ao acesso destes usuários, para que se possa planejar ações, visando à redução do índice de absenteísmo .

No município estudado, apesar da regulação do fluxo pela CMC, a demanda por consultas e procedimentos especializados tem superado a capacidade de oferta do sistema municipal de saúde. Nesse sentido, o absenteísmo dos usuários em relação a estes agendamentos no SUS agrava o problema, tornando-o de grande relevância.

Esse problema foi percebido a partir da experiência profissional da autora deste estudo que, à frente da coordenação da CMC, identificou a existência de um grande número de guias de consultas e procedimentos encaminhadas para remarcação, sem justificativa do não-comparecimento. Esta pesquisa foi elaborada com o objetivo de identificar, com exatidão, o índice de absenteísmo em consultas e procedimentos marcados pela Central de Marcação de Consultas e de discutir as suas causas.

## **2. MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritivo, conduzido com todos os pacientes, moradores de áreas rurais e urbanas, que tiveram consultas e procedimentos agendados no SUS, no mês de março de 2008, mês anterior ao início da pesquisa, a serem realizados em unidades prestadoras próprias da SMS ou em serviços privados conveniados e contratados pelo SUS.

A princípio, seria aplicado um questionário a uma amostra dos pacientes que não compareceu às consultas e aos procedimentos agendados no mês de março, período utilizado na primeira etapa, para identificação das causas do absenteísmo.

Ocorre que a primeira etapa da pesquisa só foi finalizada após seis meses do período avaliado, tendo como principal motivo o grande tamanho da amostra. O tempo de seis meses inviabilizou a aplicação do questionário nesta amostra por provável perda de informação pelo fato do paciente poder não se lembrar mais dos fatos ou não ser localizado por ter mudado de residência.

Para evitar vieses de memória, foi adotada a seguinte estratégia, selecionada uma nova amostra de usuários, todos com consultas ou procedimentos agendados para o mês de setembro do mesmo ano, para aplicação de um questionário sobre as causas do não comparecimento. A amostra foi composta por 10 (dez) usuários por unidade de saúde urbana e rural, selecionada na agenda do referido mês, selecionando-os em um intervalo a cada 10 usuários.

Foram distribuídos 450 questionários, sendo dez para cada equipe do programa Saúde da Família e dez para cada Unidade Básica de Saúde. Contudo, ao imprimir os boletos de marcação para anexar ao questionário, foi identificado um problema: vários pacientes não estavam com endereços atualizados no sistema de marcação, sendo este um dos principais motivos por não termos recebido grande parte dos questionários ou tê-los recebido sem respostas.

O estudo foi estruturado em três etapas. Na primeira, estimou-se a proporção de faltas (não comparecimento) dentro de total de agendamentos efetuados. Além disso, as faltas foram agrupadas pelas seguintes características: sexo e idade do paciente, unidade prestadora da consulta ou do exame, unidade solicitante, local de moradia do paciente (zona urbana ou rural), especialidade do procedimento e tipo de consulta (primeira ou retorno).

Os dados iniciais sobre agendamento das consultas e procedimentos foram obtidos a partir de relatórios gerados pelo sistema de marcação da CMC. Já a verificação do comparecimento ou não dos usuários nas unidades de saúde prestadoras de serviço ao SUS foi realizada através da verificação manual comparando o relatório dos exames agendados com as guias recebidas pela unidade prestadora e mapa de produção comprovando o comparecimento do usuário. Esses dados foram trabalhados em planilhas do programa Excel, o que demandou seis de trabalho, da coleta ao tratamento dos dados nessa primeira etapa.

Na segunda etapa, foi aplicado o questionário aos enfermeiros das unidades básicas e das equipes de saúde da família, no intuito de identificar a porcentagem

dos agendamentos que não chegou ao conhecimento dos usuários e as dificuldades relativas à garantia do acesso aos serviços pelos usuários dessas unidades.

Na terceira etapa, uma amostra de pacientes agendados para o mês de setembro, selecionada por um método aleatório simples, respondeu a um questionário para identificação de possíveis causas referidas para o seu não comparecimento.

## **2.1 Descrição das etapas**

Para a compreensão do processo, faz-se necessária a descrição de alguns termos utilizados pelo sistema de marcação da CMC:

Unidade Prestadora – Unidades que prestam o serviço, sejam próprias, sejam conveniadas;

Prestador – Profissional que presta o serviço;

Unidade solicitante – Unidade de saúde própria que encaminha o procedimento para marcação;

Procedimentos – Incluem tanto os procedimentos diagnósticos e terapêuticos armados como as consultas médicas especializadas;

Agenda – Relação de pacientes marcados através da CMC, podendo ser elaborada por prestador ou período.

### **1ª etapa**

A pesquisa foi iniciada com a impressão de todas as agendas do mês de março. Posteriormente, para conferência do comparecimento dos usuários nos dois maiores serviços próprios, que juntos respondem por cerca de 25% dos agendamentos, foi contratada e treinada uma pesquisadora, que verificou, junto às unidades, nas guias de procedimentos, após realização do exame, o comparecimento de cada paciente.

As outras agendas foram verificadas na Auditoria Ambulatorial pela autora deste artigo, juntas às guias enviadas pelos prestadores para o faturamento e a prestação de contas pelos serviços realizados.

Neste processo, foram identificados alguns prestadores, contratados como pessoas físicas, que não estavam alimentando o sistema municipal com a informação do serviço realizado, sendo necessária a exclusão das agendas destes prestadores, bem como a adoção de providências pelo setor de Auditoria Ambulatorial.

Com relação às agendas dos prestadores próprios, não há um fluxo definido. Existem os que informam a produção, através da auditoria, mas a grande maioria alimenta o sistema diretamente pelo Centro de Processamento de Dados da Secretaria Municipal de Saúde.

Concomitante a este processo, elaborou-se uma planilha com todos os dados de que se dispõe no sistema de marcação para classificação das possíveis categorias. Por poder importar dados do sistema de marcação, o Excel foi o programa escolhido. Usando o Excel, foram elaborados vários relatórios, que após analisados, serviram de base para a construção de uma planilha única.

As categorias analisadas, através da identificação dos pacientes agendados para consultas ou procedimentos nos diversos prestadores, foram as seguintes: sexo, idade, especialidade do profissional para qual o exame foi agendado, unidade prestadora, unidade solicitante, procedimento agendado, natureza do prestador, zona de moradia do usuário - urbana ou rural - e município de residência.

Foram excluídas da análise as agendas com informações incompletas ou com exames laboratoriais agendados para o mesmo paciente, no mesmo prestador, no mesmo dia e horário. Neste caso, considerou-se um único procedimento.

Coletados os dados, calculou-se o índice geral de absenteísmo, através da comparação da relação de pacientes agendados com relação de pacientes atendidos.

## **2ª Etapa**

Um questionário foi aplicado aos enfermeiros das unidades básicas e das equipes de saúde da família, no intuito de identificar: (1) qual porcentagem das consultas e procedimentos agendados não chega ao conhecimento dos usuários e (2) as possíveis barreiras enfrentadas pelo serviço como a demora no recebimento dos procedimentos agendados, a não cobertura de áreas de abrangência da



unidade pelos agentes comunitários de saúde, bem como a indefinição do fluxo para devolução dos agendamentos aos usuários.

### **3ª Etapa**

Foi construída uma amostra aleatória de pacientes agendados para o mês de setembro para responder a um questionário estruturado, a ser aplicado em sete unidades de saúde no modelo de atenção básica tradicional e 39 equipes do Programa de Saúde da Família, tanto na zona urbana, quanto na zona rural, visando à identificação de possíveis causas referidas pelo usuário para o não-comparecimento.

A seleção da amostra obedeceu à seguinte operação: foi identificado um intervalo, através da relação dos usuários agendados por cada uma das unidades do município, sendo selecionados 10 pacientes por unidade. Assim, a unidade A marcou 600 procedimentos. Dividindo-se a marcação desta unidade pela amostra de pacientes especificada para aplicação do questionário (dez), encontraremos o intervalo 60 (sessenta), então na relação dos usuários agendados nesta unidade, foram selecionados os usuários de número 60, 120, 180, 240, 300 até o 600, formando a amostra de 10 usuários da unidade A.

Antes da aplicação do questionário, foi realizado um teste piloto com três usuários e verificou-se a necessidade de correção da linguagem nos itens relacionados ao motivo do não comparecimento.

Realizadas as correções, o questionário foi distribuído a cada enfermeiro com orientação do preenchimento do instrumento. Estes se comprometeram em repassar as orientações aos Agentes Comunitários de Saúde, que foram escolhidos como aplicadores de instrumento, no intuito do usuário se sentir à vontade para informar a real causa do absenteísmo, já que tem familiaridade com o Agente Comunitário.

Os Agentes aplicaram os questionários aos dez pacientes selecionados de cada unidade de saúde, independentemente de terem comparecido ou não para a realização do exame agendado, para posterior comparação das condições a que estes dois grupos foram expostos.

#### **4ª Etapa**

Consolidou-se o índice de absenteísmo, após a conferência das planilhas, separando pelas categorias de sexo, idade, unidade prestadora, unidade solicitante, zona urbana e rural, especialidade do procedimento e tipo de consulta.

As causas, por sua vez, foram consolidadas através da análise dos questionários aplicados aos enfermeiros e aos usuários, classificando-as por tipos de barreiras no acesso.

### **3 – RESULTADOS**

A CMC regula um amplo elenco de oferta. A maioria dos procedimentos especializados é classificada como de média complexidade, mas há também alguns procedimentos de alta complexidade.

A relevância da média complexidade sob o ponto de vista dos aportes financeiros federais pode ser retratada pelo alto percentual aplicado neste nível de atenção, que representou 52% dos recursos SIA/SUS no ano de 2005 (Pedrosa, 2006).

O acesso à Central de Marcação de Consultas é organizado de forma que a Atenção Básica seja a porta de entrada e que os pacientes encaminhados tenham seus atendimentos priorizados, a partir do motivo da solicitação, pelos profissionais de nível superior das unidades de saúde, de acordo com critérios preestabelecidos.

Uma grande dificuldade encontrada para o funcionamento adequado deste fluxo é o grande número de pacientes que, após serem referenciados à atenção especializada, não são contra-referenciados para atenção básica, sendo acompanhados pelos especialistas e mantendo ocupada parte significativa da capacidade de oferta.

Diariamente, as guias de procedimentos especializados são encaminhadas pelas Unidades de Saúde do município à CMC via malote e devolvidas após agendamento. A CMC efetua também a marcação de consultas e procedimentos para usuários cidadãos dos municípios vizinhos que tenham pactuado a referência de pacientes. Nesses casos, o agendamento é feito pelos funcionários marcadores

credenciados por estes municípios, via vídeo-fone, *on-line* ou mediante a marcação presencial para os casos de procedimentos que necessitem de autorização prévia.

Em novembro de 2007, iniciou-se o processo de descentralização do Sistema de Marcação via internet. O sistema está hoje descentralizado em nove unidades de saúde próprias, atendendo a dezenove equipes de saúde e em 22 municípios pactuados, sendo que os outros municípios dependem apenas de recursos próprios para marcação *on-line*. Também se encontra descentralizado o agendamento para 15 prestadores de serviço que acompanham em tempo real o preenchimento de suas agendas.

### **3.1. Índice de absenteísmo**

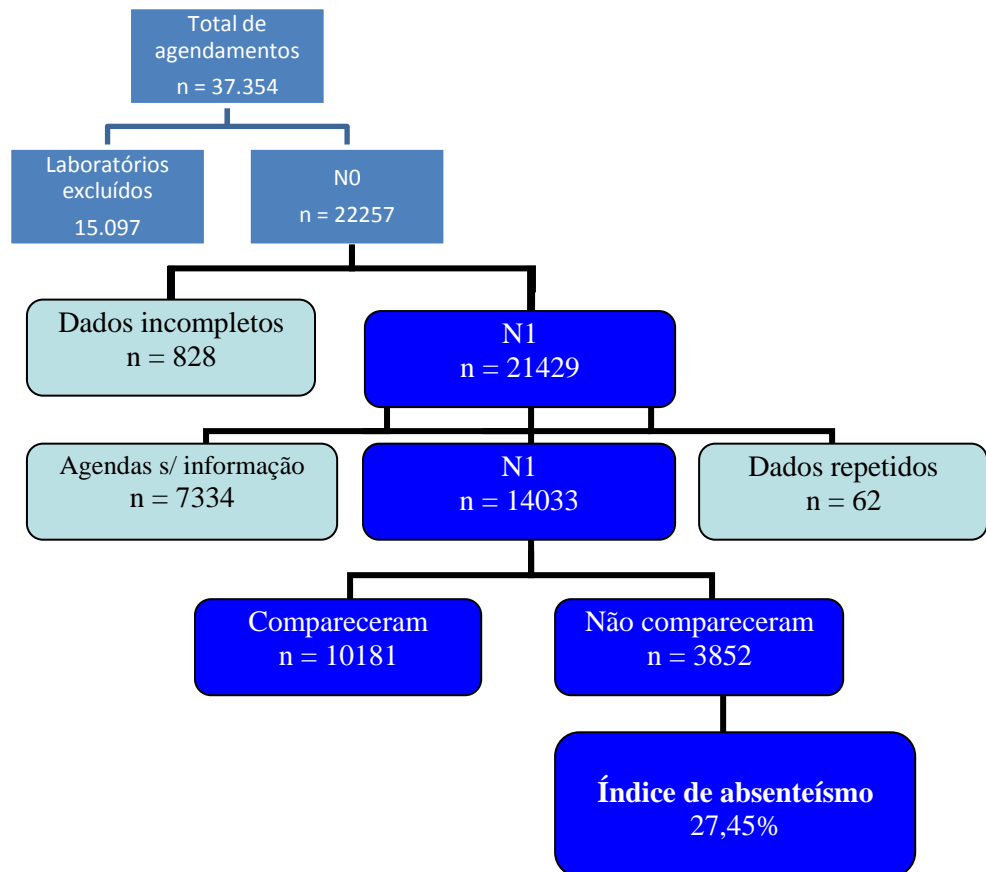
No mês de março de 2008, foram agendados 37.354 procedimentos. Os exames laboratoriais em uma única visita ao serviço o paciente pode realizar um grupo de exames que são computados pelo sistema individualmente e não em grupo. Como o objetivo não é computar a quantidade de exames e sim se o paciente compareceu, foram excluídos *os que tinham marcação dupla*. Após a exclusão dos exames de laboratório, o total de procedimentos marcados passou para 22.257.

Identificaram-se 828 agendamentos com dados incompletos, que foram excluídos.

Alguns prestadores não estavam encaminhando regularmente os relatórios de atendimento e as guias de agendamento que comprovam o atendimento do usuário por parte do prestador. Em razão disso, mais 7.334 procedimentos foram excluídos do estudo. Também foram excluídos 62 procedimentos que haviam sido agendados de forma duplicada.

Ao final, o estudo analisou 14.033 procedimentos agendados. Desse total, 10.181 foram realizados e 3.852 não o foram, porque os pacientes não compareceram. Portanto, o índice geral de absenteísmo em consultas e procedimentos especializados no município foi de 27, 45%. Todos os dados relatados podem ser melhor visualizados na figura 1 abaixo.

**Figura 1 - Demonstrativo das perdas do Plano Amostral Inicial sobre o absentismo em consultas e procedimentos agendados no SUS, 03/2008.**



### 3.2. Distribuição do índice de absentismo

O maior índice de absentismo foi verificado dentre os adultos jovens, como verificamos na tabela 1, faixa etária da população economicamente ativa e com os filhos com menos de cinco anos de idade, freqüentemente fora da escola, o que dificulta o comparecimento para as consultas ou procedimentos dos pais que não encontram com quem deixá-las.

**Tabela 1 – Distribuição por faixa etária dos usuários que não compareceram aos exames agendados.**

<i>Faixa etária</i>	<i>Índice de absenteísmo</i>
0 a 19 anos	30,06%
20 a 39 anos	35,18%
40 a 59 anos	19,12%
60 anos e +	23,20%

Fonte: Sistema da Central de Macacão de Consultas – Março 2008

A tabela 2 mostra a distribuição por sexo do índice de absenteísmo. Verifica-se que os índices não apresentam diferença significativa, ficando abaixo de meio ponto percentual ou, precisamente, em 0,38%.

**Tabela 2 – Distribuição por sexo dos usuários que não compareceram as consultas e procedimentos agendados.**

<i>SEXO</i>	<i>Índice de absenteísmo</i>
FEMININO	27,76%
MASCULINO	28,14%

Fonte: Sistema da Central de Macacão de Consultas – Março 2008

Ao se analisar o absenteísmo dos pacientes em relação à pactuação intermunicipal, identificamos que, das consultas e dos procedimentos agendados, 40,62% não é realizado, contra 25,89% de absenteísmo dos usuários do município sede. As unidades solicitantes da zona rural têm um índice maior de absenteísmo - de 31,64% contra 25,13% da zona urbana.

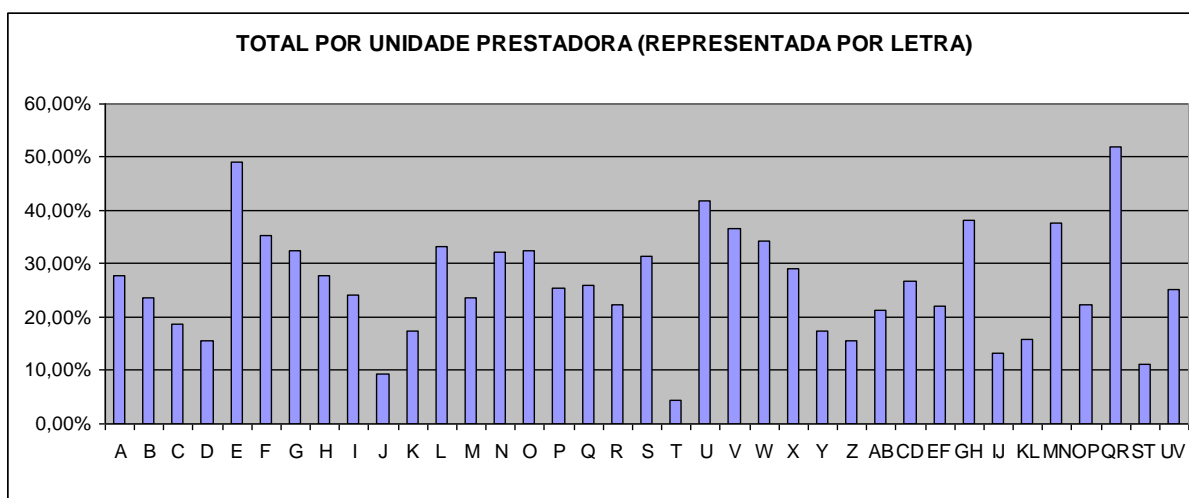
Encontra-se outra diferença significativa, quando se avalia a natureza da instituição prestadora. As unidades prestadoras contratadas têm 24,57% de absenteísmo, as unidades prestadoras próprias do município têm 29,55% e as unidades prestadoras estaduais, 39,56%. Entretanto, as unidades próprias e estaduais conseguem reduzir o absenteísmo através de encaixes de pacientes que, fugindo ao fluxo de marcação, tentam vaga diretamente no serviço. Toda essa produção é registrada e os dados informados a SMS.

Outro dado observado é que as unidades em que os usuários apontam como tendo uma melhor qualidade no serviço registram índices menores que a média de absenteísmo encontrada – exemplo, as unidades “T” com 4,53% de absenteísmo, a “J” com 9,38% e a “ST” com 11,11%.

Com relação ao tipo de consulta, observa-se uma maior presença dos pacientes nas consultas de retorno (22,92% de absenteísmo) em comparação com as primeiras consultas (28,81% de absenteísmo).

A avaliação do índice de absenteísmo por unidade prestadora aponta para variações extremas nos dois lados da média, conforme gráfico 1. A unidade prestadora “T”, laboratório de análise patológica, tem um índice de absenteísmo de apenas 4,53%. Já a unidade prestadora “QR” apresenta um alto índice de absenteísmo na proporção de 52,04%.

**Gráfico 1 – Distribuição do índice de absenteísmo por unidade prestadora em consultas e procedimentos agendados no SUS, 03/2008.**



de saúde para buscá-las. Nas unidades da zona urbana, utiliza-se também o expediente de anotar na guia de exame um número de telefone fixo com nome de um contato, para informar ao paciente quando seu procedimento é agendado.

As unidades avaliadas informaram que menos de 5% dos agendamentos fica na unidade sem que os pacientes tenham conhecimento e em algumas delas todos são entregues. Os motivos alegados para justificar a não-entrega são: (a) a existência de áreas não-cobertas pelo Programa de Saúde da Família ou (b) com ACS em férias e (c) pacientes não localizados nos endereços informados.

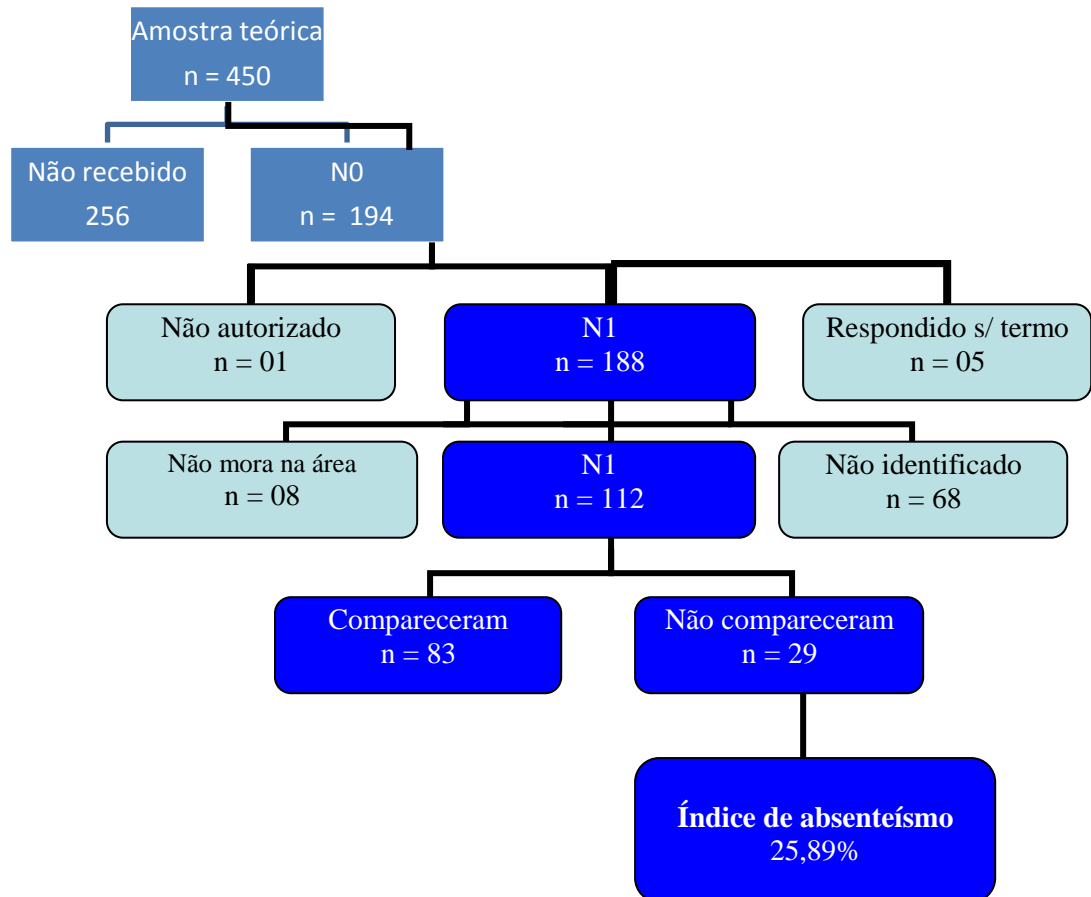
Com relação à remarcação após o não comparecimento do usuário ao primeiro agendamento, os enfermeiros informaram que, sempre que o paciente solicita, justificando o motivo, as guias são encaminhadas para nova marcação ou repriorização, o que dependerá do motivo e da cota disponível para o procedimento em cada unidade.

A figura 2 representa a distribuição amostral dos questionários aplicados aos usuários. Dos 450 questionários enviados, as unidades devolveram 194 questionários. Um usuário não aceitou participar da pesquisa, cinco responderam a pesquisa, porém não assinaram o termo de consentimento e 76 retornaram em branco.

Em relação aos questionários que retornaram sem estar respondidos, a informação dada pela unidade foi que os usuários selecionados não foram localizados por vários motivos. O principal deles - 28,87% do total - foi a falta do endereço atualizado. Os outros 112 questionários foram respondidos e os seus dados foram tabulados.

Dentre os 112 pacientes, o índice de absentéismo foi de 25,9%. Dos que compareceram aos prestadores, 8,92% não realizaram as consultas e os procedimentos por barreiras relacionadas ao serviço, como falta de material, falta do profissional, problemas no equipamento e no fluxo do serviço.

**Figura 2 - Demonstrativo das perdas do plano amostral inicial sobre as causas do absenteísmo em consultas e procedimentos agendados no SUS, 09/2008.**



A faixa etária de 20 a 39 anos, nessa segunda amostra, também aponta o maior percentual dos usuários que não compareceu a consulta – 32,14%. A relação entre o sexo masculino e feminino concorre com uma pequena diferença, ficando nesta amostra a população feminina com maior índice de absenteísmo (30,77%).

Avaliando o nível de escolaridade, a faixa do ensino fundamental incompleto (1ª a 4ª série) responde pelo maior índice de absenteísmo com 28,57%, porém verificou-se que esta faixa de ensino também é predominante nos usuários que compareceram às consultas e aos procedimentos agendados com o índice de 31,89%.

Com relação ao absenteísmo na categoria renda familiar, o maior índice foi evidenciado na faixa de um a três salários mínimos com 67,86% de absenteísmo. Na faixa de renda menor que um salário mínimo, o absenteísmo foi de 32,14%. Já



dentre os usuários que compareceram, 40,58% tem renda familiar menor que um salário mínimo, sendo este o maior percentual da categoria.

Dos usuários que não compareceram, 75% teve em mãos a guia agendada, em sua maioria entregue pelos Agentes Comunitários (57,14%). Dos que compareceram, esta forma de recebimento do exame agendado alcançou 72,46%.

A pesquisa mostrou que 61,86% dos usuários tiveram suas consultas e seus procedimentos agendados em até 30 dias após tê-lo deixado para marcação. Deste total, 17,86% foram agendados em até uma semana. O restante do agendamento ficou assim distribuído: 27,83% entre um a três meses; 1,03% de três a seis meses e 5,16% dos agendamentos mais de seis meses. Os usuários que não souberam informar o período do agendamento somaram 4,12%.

As causas do absenteísmo referidas pelos usuários, em sua maioria, estão relacionadas com as barreiras sócio-culturais (39,28%). Dentre elas, estão: a não liberação do trabalho, o fato de não ter com quem deixar as crianças ou outra pessoa doente aos seus cuidados e o esquecimento da data e horário do exame.

As barreiras geográficas responderam por 35,71% do total de não-comparecimento. As barreiras financeiras, por 21,43%. As barreiras relacionadas aos serviços de saúde responderam por 14,28%, consistindo em falta de material, falta do profissional, problemas no equipamento, no fluxo do serviço da unidade entre outros.

Os aspectos relacionados às barreiras sócio-culturais se referem às condições de vida dos usuários. As questões avaliaram: (a) a situação de emprego (a possibilidade de se afastar para ir à consulta ou ao exame agendado), (b) a percepção do usuário sobre sua doença (estava muito doente para ir ao exame? Não necessitava mais do atendimento?), (c) a falta de alguém para ficar com as crianças ou com alguém doente e (d) o fato de não ter se lembrado da data e horário do exame, podendo ou não estar relacionado com a importância dada ao exame.

Outros aspectos avaliados foram as barreiras geográficas, relacionadas à distância do local do exame, à disponibilidade de meios de transporte e à ausência por estar viajando na data agendada para o exame.

Quanto às barreiras econômicas, foi avaliada a disponibilidade financeira para pagamento do transporte ou do exame em instituições particulares.

Em suma, as razões alegadas pelos pacientes para não terem realizado os exames são variadas e estão relacionadas em primeiro lugar a barreiras sócio-

culturais – não ter com quem deixar as crianças, esquecer da data do exame, não poder se afastar do emprego. Em segundo lugar, vêm as barreiras geográficas – mudou-se, estava viajando, mora distante do local do exame. Em terceiro, as barreiras financeiras – falta de condição para pagar o transporte. E, em quarto, as barreiras relacionadas ao serviço - falta do profissional, problemas nos equipamentos dos prestadores.

#### **4 – DISCUSSÃO**

O índice de absenteísmo nas duas amostras, foi similar, 27,45% e 25,9%.

Na análise por unidade prestadora, os menores índices foram encontrados nas unidades em que os usuários, no processo de marcação, demonstram preferência pelo serviço, indicando-os como de melhor qualidade. Ficou claro que a satisfação do usuário com o serviço é um ponto fundamental para a redução dos índices de absenteísmo.

Outro achado que fortalece esta afirmativa é que o absenteísmo é menor nas consultas de retorno do que nas primeiras consultas. Isso parece indicar que o usuário constata, após o primeiro atendimento, que se trata de um serviço de qualidade.

Um grande problema no acesso é a barreira geográfica, identificada no índice de absenteísmo apresentado pelos usuários residentes fora do município-sede, que chegou a 40,62%. E também verificada na zona rural, que apresentou um índice 6,51% maior que a zona urbana. Mais de 80% das unidades prestadoras localizadas em áreas fora do centro da cidade apresentaram índices de absenteísmo acima do encontrado na média geral.

Os dados relativos ao perfil do usuário indicam que, em sua maioria, são da faixa etária entre 20 a 39 anos, apontando que uma barreira para a realização do exame é a condição sócio-cultural, em que o trabalhador ou não tem respeitado pelo empregador o seu direito de realizar tratamento médico, ou tem receio de se ausentar do serviço e sofrer algum tipo de retaliação.

As guias de consultas e procedimentos que não foram entregues aos usuários, seja pela não localização do endereço, seja pelo não comparecimento à unidade

para resgatá-la, representaram cerca de 5% do total dos agendamentos. Este percentual, em número absoluto, significa 2.100 procedimentos marcados que não foram realizados, uma quantidade bastante significativa que poderia ter sido trabalhada em forma de transferência da vaga para outro usuário.

Com relação à identificação das causas, houve um grande problema identificado no processo de agendamento da CMC com relação aos endereços da maioria dos pacientes que não estavam sendo atualizados a cada marcação. Obrigatoriamente, só eram realizados nos casos de cadastros novos e de marcações que necessitavam de autorização prévia. Isto inviabilizou a localização de cerca de 25% dos pacientes selecionados para responderem ao questionário.

As barreiras sócio-culturais foram as mais citadas. Nesse aspecto, vale destacar que os usuários faltosos são, na grande maioria, trabalhadores com renda familiar até três salários e com nível máximo de instrução na faixa do ensino fundamental incompleto, o que talvez explique o grande número de usuários que não conseguem acompanhar a data e horário de realização do exame.

Em segundo lugar, vem o grupo das barreiras geográficas com um dos seus itens liderando como a maior causa isolada de absenteísmo referida pelos usuários: é a ausência ao exame por estar viajando. Em terceiro, as barreiras financeiras pelas já citadas precárias condições de renda.

As barreiras relacionadas ao serviço vêm quarto lugar, como marcação errada, falta do profissional, problemas nos equipamentos dos prestadores. Estas barreiras podem ser removidas através da organização dos serviços nos estabelecimentos e na própria Central de Marcação.

Em sua maioria, contudo, as barreiras identificadas não podem ser superadas por ações diretas da Central de Macacão, nem da Secretaria de Saúde. Dependem sim de políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de vida da população. De todo modo, como medida de curto prazo, é necessário um trabalho de educação em saúde no sentido de co-responsabilizar a população pela otimização das vagas disponíveis, já que deveriam ser devolvidas, em tempo hábil para serem aproveitadas, em caso de não poderem ser utilizadas pelos seus detentores atuais.

Vale registrar um efeito inesperado e positivo deste trabalho: o setor de auditoria ambulatorial detectou alguns prestadores contratados na rede que não informavam a totalidade dos procedimentos realizados.

Identificou-se a necessidade de um fluxo único para os prestadores públicos próprios, já que estes trabalham de forma diferenciada apesar de fazerem parte de um mesmo sistema. Esse processo facilitaria o controle das informações, bem como possibilitaria à auditoria avaliar os serviços realizados e recomendar ações que para a melhoria dos resultados dos serviços, sejam estes públicos ou privados.

No momento da aplicação dos questionários, a média de absenteísmo calculada na primeira etapa, já havia sido tabulada. Para motivar o seu preenchimento, foi informado aos enfermeiros que, mensalmente, dos agendamentos, cerca de 12.000 consultas e procedimentos não eram realizados por falta de comparecimento do usuário. O impacto causado por esta informação foi imenso, todos concordaram que algo deveria ser feito e que, principalmente, estes dados deveriam ser divulgados para que a população percebesse sua parcela de responsabilidade no problema e cooperasse na redução deste número.

Estes dados devem ser avaliados pelos gestores, conselheiros e profissionais de saúde para juntos encontrarem soluções para minimizar o problema.

Seria importante também um encontro com os prestadores para apresentação dos dados, em especial, daqueles que mostram quanto a satisfação do usuário influi no seu comparecimento a unidade prestadora.

Enfim a contribuição desse estudo pode vir a ser bastante significativa para o sistema municipal de saúde de Vitória da Conquista e sugere a realização de outros estudos para que processos de trabalho sejam sempre construídos baseados na realidade local.

## REFERÊNCIAS

BOAVENTURA, Edivaldo M. **Metodologia da Pesquisa**: monografia, dissertação, teses. 1.ed. São Paulo: Atlas, 2004.

BRASIL. **Como Compreendemos a Atenção Básica**. Disponível em: <[www.saude.ba.gov.br/dab/compreendemosatencaobasica.asp](http://www.saude.ba.gov.br/dab/compreendemosatencaobasica.asp)>. Acesso em 12/03/2008.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Central de Marcação de Consultas**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 18/06/2008.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **O que é média complexidade?** 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/sas>>. Acesso em: 18/06/2008.

GARÍGLIO, M.T.G.; MARQUES, Z. F. A. M. **Um instrumento de regulação do SUS: A Central de Marcação de Consultas**. 07/2002. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca>> Acesso em: 15/07/2008.

GLUGOSKI M. **O melhor sempre que possível**. Disponível em: <<http://www.usp.br/jorusp/arquivo/2006/jusp755/pag0405.htm>>. Acesso em 16/04/2007.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. **Gasparini anuncia uma revolução na área da Saúde**. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ccs/noticias/0503/09/i33e-anuncia.htm>>. Acesso em 16/04/2007.

Rochol C. **Mutirão de consultas começa amanhã**. Disponível em: <<http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/dopa/usudoc/04agosto06.pdf>>. Acesso em 16/04/2007.

ROUQUAYROL, M.Z. e Almeida Filho, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 2003,(CAP.19 E 21)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RIO DE JANEIRO. **Resolução SES-RJ nº2102, 14/07/03**. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/publicacoes/Res2102.shtml>>. Acesso em 16/05/2007.

SMS/VC. **Relatório Anual da Central de Marcação de Consultas 2005**. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. 2006

SMS/VC. **Relatório de Gestão 2004**. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. 2005  
Sobrinho, C.R. **Avaliação da Cobertura e Acessibilidade do Serviço Odontológico da Polícia Militar da Bahia em Salvador**. Dissertação de Mestrado. Salvador, 2006.

Souza, A.L.M. **O impacto das ações de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista no período de 1998 a 2005**. Vitória da Conquista, fevereiro/2007.

TEIXEIRA, C.F. e SOLLA, J.P. **Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas**. EDUFBA, Salvador, 2006.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
 PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
 RUA BASÍLIO DA GAMA S/N, CANELA – 40.110-040 SALVADOR – BAHIA  
 BRASIL. E-MAIL: PPGSC@UFBA.BR FONE (71) 32837409.

Pesquisa – Absenteísmo em consultas e procedimentos especializados no SUS.

### Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informada do objetivo da pesquisa “Reduzindo o absenteísmo em consultas e procedimentos especializados no SUS e otimizando os recursos no município de Vitória da Conquista – Ba”, que procura identificar o índice e as causas do absenteísmo nos procedimentos agendados através da Central de Marcação para embasar a programação das atividades do setor no sentido melhor utilizar a oferta disponível, e estou ciente de que:

1. Não sou obrigada (o) a participar dessa pesquisa e minha recusa não trará nenhum prejuízo em minha relação com a pesquisadora e a instituição;
2. As dúvidas sobre a pesquisa serão tiradas a qualquer momento durante a entrevista;
3. As informações por mim fornecidas estarão protegidas e serão apenas usadas para a finalidade da pesquisa;
4. A participação nesta pesquisa poderá ser interrompida por mim a qualquer momento;
5. Quanto aos riscos relacionados a minha participação, serão tomados todos os cuidados para que sejam devidamente controlados e o pesquisador se responsabilizará por qualquer dano que eu venha a sofrer em decorrência da minha participação, já os benefícios relacionam-se com a melhoria do planejamento e principalmente da gestão dos recursos da Secretaria Municipal de Saúde;

Assim sendo, ( ) Autorizo ( ) Não autorizo a entrevista e coleta de informações.

Esta autorização pode ser retirada a qualquer momento. Se isso acontecer, entrarei em contato com a pesquisadora Júlia Sousa Santos, mestranda do Mestrado Profissional em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela UFBA, campus Vitória da Conquista.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Assinatura

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
 RUA BASÍLIO DA GAMA S/N, CANELA – 40.110-040 SALVADOR – BAHIA, BRASIL.  
 E-MAIL: PPGSC@UFBA.BR FONE (71) 32837409.

**Pesquisa** – Absenteísmo em consultas e procedimentos especializados no SUS

**Objetivo** – Identificar o índice e as causas do absenteísmo nos procedimentos agendados através da Central de Marcação para embasar a programação das atividades do setor no sentido melhor utilizar a oferta disponível. Por lei, todas as informações individuais prestadas para as pesquisas têm caráter confidencial e só podem ser utilizadas para fins estatísticos.

**Data da entrevista** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Situação final da entrevista** \_\_\_\_\_

Situação final: 1. Entrevista completa; 2. Entrevista incompleta; 3. Recusa; 4. Endereço não localizado 5. Nunca foi morador 6. Mudou-se.

### 01 – IDENTIFICAÇÃO

Idade \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo 1- (M) 2- (F)

Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ Instrução ver tabela abaixo: Número \_\_\_\_\_

<b>Nível de Ensino (Instrução)</b>	4 = Ens. Fund. (5ª a 8ª série) incompleto	8=Ens. Sup.incomp.
1 = Sem Instrução	5 = Ens. Fund. (5ª a 8ª série) completo	9=Ens Sup.completo
2 = Ens. Fund. (1ª a 4ª série) incompleto	6 = Ens. Médio incompleto	10= Pós-graduação
3 = Ens. Fund. (1ª a 4ª série) completo	7 = Ens. Médio completo	11= Sem declaração

### 02 – RENDA FAMILIAR

Menor que 01 salário mínimo

Entre 01 e 03 salários

Entre 04 e 06 salários

Maior que 06 salários

### 03 – SITUAÇÃO DO AGENDAMENTO

3.1. Especialidade da consulta ou procedimento agendado:

\_\_\_\_\_

3.2. Você teve conhecimento do agendamento da consulta ou procedimento acima?

SIM

NÃO

3.3. Teve em mãos a guia do exame agendado? E qual a forma de agendamento?

Sim, marquei diretamente na Central de Marcação de Consultas;

Sim, peguei pessoalmente na Unidade de Saúde;

Sim, o Agente Comunitário me entregou em casa;

Sim, marquei através de um serviço especializado. Ex: CEMERF, DST, etc;

Sim, um conhecido marcou para mim;

Sim, por outras formas;

Não, o Agente de Saúde não me entregou;

Não, o exame foi extraviado (Perdido na CMC);

Não, o exame foi extraviado (Perdido na unidade de saúde);

Não, não tive conhecimento.

**04 – ACESSO ORGANIZACIONAL DE ENTRADA**

4.4. Quanto tempo demorou entre o dia que procurou o Serviço e o dia que conseguiu agendar o exame?

- Até uma semana;       Entre uma semana e um mês;  
 Entre um mês e três meses;       Entre três e seis meses;       Mais de seis meses;

**05 – COMPARECEU AO PROCEDIMENTO AGENDADO?**

- SIM       NÃO

**SE NÃO, QUAL MOTIVO DO NÃO COMPARECIMENTO?** (se necessário marcar mais de um x)

**05 – BARREIRAS SOCIO-CULTURAL**

- Não foi liberada pelo trabalho;  
 Estava cuidando de alguém doente;  
 Estava muito doente para ir ao exame;  
 Não tinha com quem deixar as crianças;  
 Esqueceu a data do exame;  
 Não necessitava mais do atendimento por cura ou melhora da doença;

**06 – BARREIRAS GEOGRÁFICAS**

- Distância do local do exame;  
 Estava viajando;  
 Ausência de transporte.

**07 – BARREIRAS FINANCEIRAS**

- Sem condições de pagar o transporte;  
 Já havia realizado o exame no serviço particular.

**08 – BARREIRAS RELACIONADAS AO SERVIÇO**

- Tinha outro exame agendado no mesmo dia e horário marcado pela CMC;  
 Tinha outro exame agendado no mesmo dia e horário na Unidade de Saúde;  
 Recebeu a guia de exame com data de realização para o mesmo dia;  
 Recebeu a guia de exame já com data vencida;  
 Exame foi marcado para um serviço o qual não gostaria de ir;  
 Já havia realizado o exame em outro agendamento pela própria CMC;  
 O exame foi marcado, porém houve erro de marcação (marcou como outro exame);  
 O exame foi marcado, porém houve erro de marcação (o nome do paciente estava errado);  
 O exame foi marcado, porém houve erro de marcação (data/horário errado);  
 Alguma restrição ao serviço, como mau atendimento na recepção;  
 Alguma restrição ao serviço, como mau atendimento do profissional;  
 Alguma restrição ao serviço, como má qualidade do serviço;  
 Compareceu, mas não foi atendido por falta de material;  
 Compareceu, mas não foi atendido por falta ou problemas no equipamento;  
 Compareceu, mas não foi atendido por ausência do profissional;  
 Compareceu, mas, porém foi reagendado;  
 Compareceu, mas não foi atendido por ter demorado o atendimento e não pode esperar.



**09 – OUTROS (Especificar);**

---

**10 – SITUAÇÃO DA SOLICITAÇÃO CASO NÃO TENHA COMPARECIDO AO EXAME;**

10.1 – O exame foi encaminhado para remarcação?

Sim

Não, mas vou encaminhar

Não pretendo remarcar.

10.2 – Se encaminhado para marcação, já foi remarcado?

Sim

Não

**11 – JÁ FALTOU ALGUM OUTRO EXAME AGENDADO PELA CENTRAL DE MARCAÇÃO?**

Sim

Não

**12 – SE SIM, QUAL MOTIVO?**

---

## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
 RUA BASÍLIO DA GAMA S/N, CANELA – 40.110-040 SALVADOR – BAHIA, BRASIL.  
 E-MAIL: PPGSC@UFBA.BR FONE (71) 32837409.

**Pesquisa** – Absenteísmo em consultas e procedimentos especializados no SUS

**Objetivo** – Identificar o índice e as causas do absenteísmo nos procedimentos agendados através da Central de Marcação para emasar a programação das atividades do setor no sentido melhor utilizar a oferta disponível.

Por lei, todas as informações individuais prestadas para as pesquisas têm caráter confidencial e só podem ser utilizadas para fins estatísticos.

01 – Quando as guias de exames chegam marcadas pela CMC, qual é (são) a (as) forma (as) que a unidade utiliza para que o paciente receba seu exame agendado?

---



---



---



---



---



---

02 – Qual a quantidade de guias de exames do mês de **setembro de 2008**, que após marcadas pela Central, permaneceram na unidade sem que o paciente tivesse conhecimento do agendamento?

---



---



---

03 – É possível enumerar quais os motivos pelo qual o paciente não teve acesso a estes exames? Se sim, quais?

---



---



---



---



---

04- Das guias agendadas e que não foram entregues aos usuários, já houve encaminhamento para remarcação de alguma? É possível estimar quantas?

---



---



---