

ARTIGOS ORIGINAIS

AVALIAÇÃO DOS EXAMES E ENCAMINHAMENTOS AGENDADOS E NÃO RETIRADOS NA UNIDADE DE SAÚDE DO SACO GRANDE - FLORIANÓPOLIS/SANTA CATARINA

Evaluation of patient failure to attend scheduled exams and references in the Saco Grande health center - Florianópolis/Santa Catarina, Brazil

Carolina Peruzzo¹, Flávia Henrique², Rafael Sebold³, Thaise Alana Goronzi⁴

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo a avaliação dos registros de exames e encaminhamentos agendados e não retirados na Unidade Local de Saúde do Saco Grande, Florianópolis, Santa Catarina. Esta avaliação pretende subsidiar as discussões do Conselho Local de Saúde do Saco Grande (CLSSG). O método utilizado foi análise documental, no período de agosto de 2004 a abril de 2006, resultando em 1161 registros. Em relação ao percentual de perda, verifica-se que esta fica em torno de 5% a 10%, valor abaixo do esperado pelo CLSSG e Unidade de Saúde. O tempo médio de espera foi de 7,8 meses para encaminhamentos, demonstrando a dificuldade de acesso da população à referência. Os principais locais de agendamento percentualmente foram clínicas localizadas no Bairro Centro com 75%, Bairro Estreito 11% e Hospital Universitário 5%, sendo, em sua maioria, 80%, locais de fácil acesso à população. Estudar os fluxos de agendamento possibilitou superar equívocos quanto à percepção sobre a dimensão e as causas dos problemas, oferecendo um instrumento de monitoramento para a Unidade de Saúde e o CLSSG.

PALAVRAS-CHAVE: Agendamento de consultas. Acesso aos Serviços de Saúde. Conselhos de Saúde.

ABSTRACT

This study was undertaken with the objective of subsidizing the discussions of the Saco Grande Local Health Council (SGLHC) about the great number of patients who fail to attend scheduled exams and references. 1161 case files from the period August 2004 - April 2006 were studied. 5% to 10% the appointments were not met, figures which were lower than expected by the SGLHC and the Health Unit. The average waiting time for referral was 7.8 months, highlighting the difficulty this population experiences. The main scheduling points were downtown (75%), Estreito neighborhood (11%) and University Hospital (5%). 80% were within easy reach for the study population. The study of scheduled appointment flows solved doubts about the reasons for and causes of the problem, besides being a monitoring tool for the Health Unit and the SGLHC.

KEYWORDS: Appointments and Schedules. Health Services Accessibility. Health Councils.

¹ Carolina Peruzzo, Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Residência em Medicina de Família e Comunidade - Universidade Federal de Santa Catarina, Tutora da Residência, Odontóloga, Especialista em Saúde da Família.

² Flávia Henrique, Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Residência em Medicina de Família e Comunidade - Universidade Federal de Santa Catarina, Residente, Médica, Mestre em Saúde Pública. E-mail: fabflavi@yahoo.com.br, flaviahenrique@pop.com.br.

³ Rafael Sebold, Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Residência em Medicina de Família e Comunidade - Universidade Federal de Santa Catarina, Residente, Odontólogo.

⁴ Thaise Alana Goronzi, Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Residência em Medicina de Família e Comunidade - Universidade Federal de Santa Catarina, Residente, Enfermeira.

INTRODUÇÃO

Com a democratização da sociedade brasileira, a partir da década de oitenta, consubstanciada na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e na promulgação da Constituição brasileira de 1988, consolidaram-se alguns princípios e diretrizes que deveriam orientar a ação governamental. Entre eles, está a participação popular, através do controle social (SOUZA, 2003).

A constituição possibilitou a descentralização das ações e políticas de saúde ao nível local, constituindo um novo pacto federativo, onde o município passa a ser ente autônomo com transferência de responsabilidades e recursos. Isto torna as decisões públicas mais próximas da população, facilitando assim a participação da sociedade civil (BRAVO, 2002).

Na área da saúde, o controle social legitimou-se com a lei federal 8142 de 28/12/1990, que definiu em cada esfera de governo duas instâncias colegiadas: as conferências de saúde e os conselhos de saúde (BRASIL, 2003). Os conselhos de saúde têm caráter deliberativo da política de saúde no município e sua composição é paritária. Ou seja, têm que ser compostos por 50% de usuários e 50% de gestores, prestadores de serviço e trabalhadores da saúde.

Como forma de ampliar a participação popular, o Conselho Nacional de Saúde propôs aos conselhos municipais a formação dos conselhos locais de saúde, cuja função seria conscientizar os moradores sobre as lutas do bairro e contribuir para a melhoria de seus serviços de saúde. Os conselhos locais de saúde são órgãos consultivos do Sistema Único de Saúde e são importantes aliados do conselho municipal de saúde.

O bairro Saco Grande, município de Florianópolis - Santa Catarina, localiza-se na área leste da cidade, onde vivem cerca de 12 mil pessoas e atuam três equipes do PSF (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007). Em 2002, formou-se o Conselho Local de Saúde do Saco Grande, com representantes das diversas associações e entidades constituintes do bairro. Entre as muitas questões discutidas pelo Conselho Local de Saúde, ganhou destaque, durante o mês de setembro de 2005, o acúmulo de exames e encaminhamentos solicitados pelos profissionais, agendados pela Unidade de Saúde e não utilizados pelos moradores.

Os exames e encaminhamentos solicitados percorrem o seguinte caminho, para chegar ao paciente devidamente agendados: são solicitados pelos profissionais da Unidade de Saúde Saco Grande (USSG) e entregues aos pacientes, que os deixam na recepção da Unidade; posteriormente

são recolhidos e agendados conforme a disponibilidade de vagas.

Em relação ao agendamento dos exames de patologia clínica, estes são deixados na recepção, onde o paciente é orientado a verificar, numa frequência mínima de duas vezes na semana, se houve seu agendamento. No caso dos encaminhamentos especializados e de outros exames, a orientação é aguardar o retorno do agendamento, através de contato telefônico pela Unidade.

Obviamente, o volume de papéis acumulados, relativos aos exames e encaminhamentos agendados e não retirados (EEANR), explicitou a gravidade do problema; no entanto, não se sabia ao certo quantos EEANR havia, em número ou percentual, ou ainda o número ou percentual dos exames agendados por esta Unidade.

Importantes debates foram travados no Conselho Local de Saúde acerca das causas que geraram essas perdas e as possíveis resoluções. Entretanto, muitos questionamentos surgiram sobre a importância real do problema e o quanto representava o montante de registro perdidos que estavam sendo apresentados. Por isto, o Conselho Local de Saúde concluiu que havia necessidade de informações mais organizadas para se poder discutir com profundidade o problema e buscar soluções.

Considera-se que o uso dos serviços de saúde está condicionado a fatores internos e externos ao setor saúde, a disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos, a localização geográfica, a cultura médica local, entre outros, são padrões que influenciam na prestação de serviços e no consumo deste pela população. O conhecimento do padrão de utilização destes serviços pelos usuários é essencial para organização e alocação equânime de recursos. (PINHEIRO *et al.*, 2002; SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002).

Há vários modelos teóricos que tentam dar luz à compreensão da utilização dos serviços de saúde e sua influência, Travassos (2004) apresenta os modelos propostos e sua evolução que se baseiam inicialmente nas crenças individuais dos usuários dos serviços e progressivamente incluem a avaliação das características relacionadas aos serviços oferecidos, profissionais e política de saúde.

Para Travassos e Martins (2004) a utilização dos serviços de saúde está relacionada a: (a) necessidade de saúde - morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) usuários - características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), sócio-econômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; (c) prestadores de serviços - características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pa-

gamento; (d) organização - recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) política - tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema.

Louvison *et al.* (2008) em pesquisa relacionada à utilização dos serviços de saúde pela população idosa observa que há desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde indicando a necessidade de políticas públicas que levem em conta as especificidades de cada população, facilitando o acesso e diminuindo as desigualdades na utilização. Puccini *et al.* (2002) avaliando a utilização dos serviços de saúde pela população infantil verifica que, no local pesquisado, não há segmentos populacionais completamente excluídos do sistema, no entanto, para a universalidade e à equidade na assistência, se faz necessário a identificação de diferenças e riscos, individuais ou populacionais, para um direcionamento mais adequado dos recursos e ações em saúde.

Avaliando os dados do PNAD 2003, Ribeiro *et al.* (2006) observou que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem contribuindo significativa na universalização e equidade ao acesso aos serviços de saúde, no entanto, ainda persiste percentual significativo de pessoas não atendidas pelo SUS, entre elas prevalecem adultos, pardos ou negros e com baixa escolaridade, portanto, ainda se faz necessária ampliação das políticas públicas em assistência à saúde no Brasil e adequação dos recursos locais existentes.

Dal Poz (1996) também ratifica que a utilização de dados de informações atuais para a tomada de decisões aproxima as soluções da realidade e aumenta a eficiência das ações destinadas a oferecer serviços de saúde mais adequados à população. O conhecimento quantitativo dos dados coletados reveste-se de muita importância para a organização das atividades da Unidade de Saúde Saco Grande.

A USSG reúne seus funcionários em uma reunião mensal, onde são debatidas questões administrativas e de planejamento da Unidade. Durante a reunião do mês de outubro, a coordenadora da USSG trouxe a demanda surgida no Conselho Local sobre os EEANR e três residentes em Saúde da Família, que atuam nesta Unidade, dispuseram-se a realizar esta pesquisa. O propósito foi o de fornecer ao Conselho Local de Saúde um instrumento ao seu exercício de controle social, no sentido traduzido por Pedrosa (2002), na formação de “Grupos Sujeitos”, e oferecer à USSG informações que subsidiem sua organização para a eficácia do sistema.

Assim, buscou-se analisar os exames e encaminhamentos agendados e não retirados no período de agosto de 2004

a abril de 2006, partindo da hipótese de que o tempo de espera entre o agendamento e a solicitação, bem como a distância para a realização dos exames e encaminhamentos, podem influenciar para a não realização destes.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa de análise documental realizada a partir dos registros de exames e encaminhamentos solicitados pelos profissionais de saúde e não retirados pelos pacientes, na Unidade de Saúde do Saco Grande, no período de agosto de 2004 a abril de 2006. A Unidade de Saúde do Saco Grande, município de Florianópolis, é uma Unidade de Saúde da família que trabalha com três equipes completas dentro da Estratégia de Saúde da Família.

É importante salientar que não há informação se os exames e encaminhamentos retirados da Unidade de Saúde pelos usuários são efetivamente realizados; no entanto, como não há formas pré-estabelecidas de mensurar estas perdas, esta avaliação será apenas dos EEANR.

Alguns termos utilizados nesta pesquisa podem gerar confusão ao entendimento do artigo, portanto, serão explicados abaixo:

Exames de patologia clínica: São exames tipicamente de laboratório, como hemograma, parcial de urina, colesterol, parasitológico de fezes, entre outros. Estes exames são agendados em maior número e em um período de tempo considerado reduzido, portanto, os pacientes têm que vir à Unidade regularmente para ver quando foram agendados.

Encaminhamentos: Quando um paciente é referenciado a outro profissional da rede de assistência, como oftalmologista, otorrinolaringologista, cardiologista, entre outros; como estes encaminhamentos geralmente levam maior tempo para agendamento, os pacientes são avisados de seu agendamento por telefone.

Outros exames: Estes exames são considerados de maior custo, como endoscopia, eletrocardiograma, enema opaco, raio X, entre outros. Os pacientes são avisados do agendamento destes exames por telefone, assim como dos encaminhamentos.

Registros de EEANR: São as fichas por nome de paciente com seus exames laboratoriais - geralmente mais que um -, pertencentes a uma mesma solicitação, ou encaminhamentos ou ainda outros exames.

Solicitação dos EEANR: São as solicitações - de exames laboratoriais, encaminhamentos ou outros exames - fornecidas pelos profissionais da Unidade de Saúde, geralmente por médico, enfermeira ou dentista, no fim de

uma consulta, durante o acompanhamento da situação de saúde do paciente.

Agendamento dos EEANR: São os registros dos exames e encaminhamentos devidamente agendados, com data, horário e local para realização, que ficam disponíveis aos pacientes na recepção da Unidade de Saúde.

Exame retirado: São os registros dos exames agendados e retirados pelos usuários da Unidade de Saúde.

O fluxo de agendamento fica assim organizado: Profissional de saúde solicita o exame ou encaminhamento e entrega ao usuário, este deixa a solicitação na recepção, a recepção encaminha para o agendamento, a marcação realiza o agendamento e, no caso de exames de patologia clínica, o devolve à recepção para a entrega ao usuário; no caso de encaminhamentos e outros exames, é feito anteriormente o contato telefônico com o usuário, que é orientado a retirar o encaminhamento ou outro exame na recepção.

A análise dos registros foi desenvolvida em quatro etapas:

Primeira etapa: Organização dos EEANR existentes na Unidade de Saúde.

Segunda etapa: Monitoramento mensal dos novos EEANR e dos exames e encaminhamentos agendados.

Terceira etapa: Alimentação do programa Epi Data, com os dados escolhidos para avaliação.

Quarta etapa: Análise dos dados obtidos e do Sistema de Informação da Atenção Básica da Unidade de Saúde (BRASIL, 2003).

Na primeira etapa, os registros foram organizados de duas formas:

Por mês de agendamento, formando 15 grupos;

Por tipo de solicitação: Exames de patologias clínicas, Encaminhamentos e Outros Exames, totalizando 45 grupos.

Na segunda etapa da pesquisa, os EEANR foram sistematicamente coletados, organizados e arquivados. Os exames e encaminhamentos agendados foram monitorados, com a colaboração dos auxiliares administrativos da Unidade de Saúde, e subdivididos em exames de patologia clínica, encaminhamentos e outros exames. É importante salientar que cada solicitação (mesmo que inclua vários exames de patologia clínica) foi considerada um registro agendado de exame de patologia clínica.

Na terceira etapa da pesquisa, foram escolhidos os seguintes dados para serem avaliados: registro do número de exames de patologia clínica, encaminhamentos e outros exames, data da solicitação e agendamento, local de realização do exame por rua e bairro e, no caso dos encaminhamentos, tipo de especialista solicitado. Os dados de outros exames

foram subdivididos em ultra-sonografias, radiológicos e outros, em função da importante participação destes exames no grupo de outros exames e da percepção de que apresentam maior demora. Estes dados foram coletados e registrados no programa Epi Data.

Os exames e encaminhamentos agendados e não retirados, que não apresentavam data de solicitação ou de agendamento, em função do extravio ou má conservação ou ainda com datas diferentes do período em estudo, foram eliminados da pesquisa.

A quarta etapa da pesquisa caracterizou-se pela análise dos dados fornecidos pelo Epi Data e pelo SIAB.

Estes serão apresentados em três grandes grupos de análise:

a) Número e percentual de exames e encaminhamentos agendados e não retirados.

b) Tempo de espera máximo, mínimo e médio por exames e encaminhamentos agendados e não retirados.

c) Local de agendamento para os exames e encaminhamentos agendados e não retirados.

De acordo com a organização realizada, alguns dados serão apresentados de acordo com o mês de agendamento dos exames ou encaminhamentos. Isto se faz necessário para verificar se há alteração sazonal dos valores encontrados, entre os meses típicos (março a novembro) e os considerados atípicos (dezembro a fevereiro), em função das férias dos profissionais.

Os limites e dificuldades desta pesquisa estão no uso exclusivo de registros da Unidade para obtenção dos resultados e por certa resistência dos servidores da Unidade de Saúde à coleta dos dados. Esta última só pode ser superada com estratégias de informação e esclarecimento, para obter solidariedade e apoio na coleta.

Esta pesquisa foi solicitada e autorizada pelo coordenador da unidade local de saúde do Saco Grande e pelo Conselho Local de Saúde do Saco Grande, com o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde.

RESULTADOS

Na revisão dos dados verificou-se que alguns registros tinham informações incompletas para: mês/ano, patologia clínica, encaminhamento ou outros exames, data de solicitação, data de agendamento e Unidade referenciada, sendo excluídos da pesquisa.

Do total de 1236 registros digitados, cerca de 74 não apresentavam data de agendamento e um não possuía Unidade referenciada, resultando em 1161 registros. Estes foram classificados conforme tabela 1.

Tabela 1: Número e percentual de exames ou encaminhamentos perdidos, de agosto de 2004 a abril de 2006, Unidade de Saúde Saco Grande, Florianópolis/Santa Catarina.

Exames ou encaminhamentos	Quantitativo	Percentual
Patologia clínica	571	49,2%
Encaminhamentos	339	29,2%
Radiológicos	154	13,3%
Ultra-sonografia	22	1,9%
Outros exames	75	6,5%

Fonte: Os autores (2008)

Número e Percentual de EEANR

O número de registros de EEANR por mês de agendamento apresenta grande variação, de 10 registros em agosto de 2004, a 110 em outubro de 2004. No entanto, a média de registros de exames e encaminhamentos agendados e não retirados é de 55,3 registros por mês.

Avaliando o número total de exames e encaminhamentos agendados e não retirados (multiplicando o número de registros pelo total de exames solicitados por registro), verifica-se que há 3417 EEANR, com uma média geral de 162,7 ao mês, no período pesquisado. Chama a atenção o maior número de exames de patologia clínica agendados e não retirados, 2689, comparados com os encaminhamentos, radiodiagnósticos, ultra-som e outros exames, que totalizam 728. Isto se deve ao número grande de exames de patologia clínica solicitados em cada registro, os quais podem chegar a 16, mas são em média de 4,7 exames por registro solicitado (por paciente).

O número de registros agendados no período de novembro de 2005 a abril de 2006, foi 3543 e o número de registros de EEANR no mesmo período é 299 e o percentual de EEANR do total de registros agendados está apresentado e distribuído conforme tabela 2.

Tabela 2: Número de agendamentos, número de EEANR e percentual médio de EEANR do total de agendamentos no período de novembro de 2005 a abril de 2006, Unidade de Saúde Saco Grande, Florianópolis/Santa Catarina.

Exames ou Encaminhamentos	Numero de agendamentos	Número de EEANR	Percentual de EEANR
Patologia clínica	1934	202	10,4
Encaminhamentos	839	57	6,8
Outros exames	770	40	5,2
Total	3543	299	

Fonte: Os autores (2008)

A tabela 2 demonstra que há proporcionalmente mais exames de patologia clínica não retirados, que encaminhamentos ou outros exames.

Tabela 3: Especialidades agrupadas por tempo médio de espera pelo encaminhamento, em dias, dos encaminhamentos agendados e não retirados, no período de agosto de 2004 a abril de 2006, Unidade de Saúde Saco Grande, Florianópolis-Santa Catarina.

Tempo Médio de Espera	Especialidades	
Menos de 7 dias	Cirurgia Geral	
	Homeopatia	
	Ginecologia-Mastologia	
	Adolescência	
	Cardiologia-Pediatria	
	Oftalmologia	
	Proctologia	
	Psicologia	
	Acupuntura	
	De 7 a 15 dias	Alergologia/Alergia-Imunologia
Cardiologia		
Endocrinologia		
Endocrinologia-Pediatria		
Endodontia		
Fisioterapia		
Gastroenterologia		
Ginecologia		
Ginecologia-Colposcopia		
Ginecologia-Endometriose/Dor Pélvica		
Nefrologia		
Neurologia-Pediatria		
Ortopedia-Pediatria		
Odontologia-Pediatria		
Oftalmologia-Pediatria		
Otorrinolaringologia		
Pequenas cirurgias		
De 15 a 30 dias	Pneumologia-Pediatria	
	Urologia	
	De 30 a 90 dias	Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
		Cirurgia Vascular
		Cirurgia Plástica
		Cirurgia Plástica-Pediatria
		Cirurgia-Pediatria
		Dermatologia
		Dermatologia-Pediatria
		Ginecologia-Cirurgia
Neurologia		
Odontologia-Patologia Bucal		
De 90 a 300 dias	Oftalmologia-Mapeamento de Retina	
	Ortopedia-Traumatologia	
	Patologia Cervical	
	Planejamento Familiar	
	Pneumologia	
	Reumatologia	
	Psiquiatria	
	Acima de 300 dias	

Fonte: Os autores (2008)

Tempo de Espera

O tempo máximo de espera por registro de EEANR (diferença de tempo entre a solicitação e o agendamento do exame ou encaminhamento) é um marcador do quanto um usuário pode esperar para ter acesso a outros níveis de atenção. Observou-se que o maior tempo de espera foi de 2057 dias ou 5,6 anos, para um encaminhamento. Verificando a média de tempos máximos de espera entre patologia clínica, encaminhamentos e outros exames, percebe-se que o maior é para encaminhamentos, que supera os demais em até 6,7 vezes.

O tempo de espera médio entre a solicitação e o agendamento para exames de patologia clínica é de 31,6 dias; para encaminhamentos, 235 dias, e para outros exames, 134 dias. A tabela 1 permite visualizar o número de encaminhamentos agendados e não retirados por tipo de encaminhamento.

Observa-se que o maior número de encaminhamentos agendados e não retirados é para as especialidades de Cirurgia Buco-maxilo-facial, Dermatologia, Fisioterapia, Oftalmo-Pediatria, Oftalmologia, Ortopedia-Traumatologia, Otorrinolaringologia, Otorrinolaringologia-Pediatria, Planejamento Familiar e Urologia, conforme tabela 1. Durante a pesquisa, não foi realizado o levantamento dos encaminhamentos solicitados ou agendados por tipo de encaminhamento.

Observando os tipos de encaminhamentos, percebe-se que não há para pediatria e apenas três para ginecologia. Isto se deve ao fato de que na Unidade de Saúde do Saco Grande há estas duas especialidades disponíveis para os usuários, cujo encaminhamento se dá diretamente na recepção, não sendo necessário agendamento através da central de marcação de consultas.

Verifica-se que os maiores tempos médios de espera por encaminhamentos são para reumatologia, cirurgia vascular, planejamento familiar e neurologia, com mais de 600 dias, ou aproximadamente dois anos.

Locais de Agendamento

Em relação aos locais de agendamento para o exame de patologia clínica, encaminhamentos e outros exames, foram identificados seis locais de agendamento, de acordo com o bairro da clínica conveniada ao SUS. Estes locais podem ser agrupados levando em consideração a dificuldade de locomoção para os pacientes da Unidade de Saúde do Saco Grande. Podem ser divididos em próximos (necessitam de nenhuma ou apenas uma passagem de ônibus) e dis-

tantes (necessitam de duas ou mais passagens). Os locais próximos são os bairros Agrônoma ou Morro da Cruz, Centro e Trindade ou Hospital Universitário, enquanto que os distantes são: Estreito ou Hospital Florianópolis, Hospital Regional e São Pedro de Alcântara. Verifica-se que, percentualmente, os locais próximos representaram 86,0% dos registros, enquanto que os distantes 14,0%.

DISCUSSÃO

Considera-se que esta pesquisa possibilitou, às três esferas envolvidas, devidamente representadas através da Coordenação da Unidade de Saúde do Saco Grande, do Conselho Local e do Gestor Municipal, importantes informações que podem subsidiar avaliações e mudanças para a reorganização do agendamento de exames e encaminhamentos, bem como, aos residentes, a ampliação de seus olhares sobre o desenvolvimento de pesquisas na Atenção Primária, rompendo com a fragmentação serviço versus avaliação, ação versus reflexão.

Os dados apresentados na seção resultados demonstram que o percentual de não realização de exames de patologia clínica é maior que de encaminhamentos ou outros exames. Este resultado contradiz a hipótese levantada no CLSSG e pela coordenação da Unidade de Saúde, de que os encaminhamentos e outros exames, que encontram uma dificuldade maior de agendamento em função do tempo e da escassez de vaga, estariam sendo mais vitimados com as perdas.

Em relação ao tempo de espera, verifica-se que o menor tempo médio para agendamento é para os registros de patologia clínica, que são percentualmente os mais agendados e não retirados. Observa-se ainda que a demora por encaminhamentos, de 235 dias em média, ou seja, 7,7 meses, demonstra a dificuldade encontrada pelos pacientes da Unidade de Saúde do Saco Grande de ter acesso ao nível secundário e terciário de atenção, pelo olhar da hierarquização do sistema.

Em relação às especialidades de agendamento, como demonstra a tabela 1, verifica-se que há algumas que demoram mais que outras, dificultando de maneira iníqua o acesso ao setor secundário e terciário de atenção.

Avaliando o local de agendamento, verifica-se que 86% dos lugares de agendamento dos EEANR são considerados de fácil acesso, sendo possível supor que as dificuldades de acesso não explicam o número de exames e encaminhamentos agendados e não retirados.

Não se verificou diferença nos dados encontrados relacionados à sazonalidade das atividades na Unidade de Saúde entre os meses considerados típicos e os atípicos.

CONCLUSÃO

Considera-se, por fim, que o tempo de espera e o local de agendamento dos EEANR são elementos importantes para compreensão destes, porém não explicam completamente sua não realização. É possível que outras pesquisas, com metodologias diferenciadas, que considerem as questões subjetivas da não realização dos exames, como vínculo profissional-paciente, entre outros, tragam mais luz para a compreensão deste problema.

Infelizmente, não foram encontrados na literatura, artigos semelhantes que facilitassem a discussão dos resultados encontrados nesta pesquisa. Mesmo sem a possibilidade de comparar os dados encontrados com parâmetros internacionais, nacionais ou locais, verifica-se que estes foram importantes na desmistificação do que o “monte de registros” de exames e encaminhamentos agendados e não retirados representava para os profissionais da Unidade de Saúde e para o Conselho Local de Saúde do Saco Grande, proporcionando uma reflexão sobre o problema com mais elementos e propriedade.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde **Manual do SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2003.
- BRAVO, M. I. S. Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos Conselhos. In: BRAVO, M. I. S.; POTYARA, A. P. P. (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 43-67
- DAL POZ, M. R. A informação como ferramenta para a gestão de recursos humanos em saúde no nível local. **REAd**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 1-8, nov./dez. 1996.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População da área de abrangência do Centro de Saúde**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/unidades_saude/populacao/uls.php?cod_uls=scg>. Acesso em: 24 ago. 2008.
- LOUVISON, M. C. P. *et al.* Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2008.
- PEDROSA, J. I. S. Controle Social no SUS: Conselhos Municipais e Locais de Saúde e Eficácia Política. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 5, n.2, p. 21-25, jul./dez. 2000.
- PINHEIRO, R. J. *et al.* Gênero, morbidade e acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 7, p. 687-707, 2002.
- PUCCINI, R. F. *et al.* Saúde infantil: condições de vida e utilização de serviços de saúde em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 2, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1519-38292002000200007-&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 24 ago. 2008.
- RIBEIRO, M. C. S. de A. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 Ago 2008.
- SAWYER, D. O; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.7, p. 757-776, 2002.
- SOUZA, R. M. S. Controle social em saúde e cidadania. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 74, p. 68-85, jan./dez. 2003.
- TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G. de; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2008.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2008.

Submissão: janeiro de 2008

Aprovação: setembro de 2008
