

Absenteísmo de usuários no sistema de saúde brasileiro: análise na perspectiva de Ronald Max Andersen

Absenteeism of users in the Brazilian health system: analysis from Ronald Max Andersen's perspective

Cynthia Moura Louzada Farias¹, Carolina Dutra Degli Esposti²; Aduino Emmerich Oliveira²; Marcelle Lemos Leal³; Edson Theodoro dos Santos Neto^{2*}

RESUMO

Objetivou-se compreender os fatores relacionados ao absenteísmo em consultas médicas e exames especializados no Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo. Realizou-se um estudo com abordagem qualitativa, com entrevistas individuais com usuários mais faltosos (n=24) e menos faltosos (n= 27). A análise de conteúdo temática dos dados evidenciou quatro categorias de análise: Necessidade de Saúde; Processo de Agendamento às consultas médicas e exames especializados; Barreiras para uso do serviço de saúde especializado; e, Satisfação com o serviço de saúde especializado. O absenteísmo foi relacionado pelos usuários, principalmente, à organização da oferta. Destaca-se o prolongado tempo de espera até a data da consulta, ocorrendo, muitas vezes, a mudança nas necessidades em saúde dos usuários. Devem existir, portanto, melhorias no sistema de agendamento e na organização da oferta da rede de serviços para garantir o uso oportuno.

Palavras-chave: Absenteísmo; Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Agendamento de Consultas; Atenção Secundária à Saúde.

ABSTRACT

The objective was to understand related factors of absenteeism in medical consultations and specialized examinations offered by the Unified Health System in the Metropolitan Region of Espírito Santo. A study with a qualitative approach was conducted through individual interviews with null and void (n = 24) and non-null (n = 27) users. Thematic content analysis of the data revealed four categories of analysis: Health need; Scheduling process for medical consultations and specialized examinations; Barriers to the use of the specialized health service; and Satisfaction with specialized health service. Absenteeism were mainly related, by users, to the organization of the offer. The prolonged waiting time until the date of the consultation, often occurring the change in health needs of users. There should therefore be improvements in the scheduling system and better organization of the service network offering to ensure timely use.

Keywords: Absenteeism; Health Services Accessibility; Appointments and Schedules; Secondary Care.

¹Faculdade Multivix, Cachoeiro do Itapemirim-ES

²Universidade Federal do Espírito Santo

³Prefeitura Municipal de Maratáizes-ES

*E-mail: edsontheodoroneto@gmail.com

INTRODUÇÃO

O SUS tem como princípios, expressos na Constituição, a universalidade do acesso, a igualdade e a integralidade da assistência. Entretanto, a crise na saúde pública do Brasil pode ser considerada sob três aspectos básicos, quais sejam, a deficiência na estrutura física, a falta de disponibilidade para acesso aos equipamentos em saúde e a carência de recursos humanos (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, 1998). O acesso, um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização e utilização dos serviços de saúde, tem sido reconhecido no Brasil, desde a constituição de 1988, como um direito humano fundamental (BAPTISTA, 2012). Organizações internacionais destacam que, para garantir esse direito, é importante chamar atenção para as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde, por meio da identificação de seus determinantes (ANDERSEN, 1995).

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) vêm influenciando a forma como os sistemas de saúde ao redor do mundo são organizados, seu acesso e o modo de utilização (LOUVISON, et al., 2008). Nesse contexto, o acesso aos serviços de saúde é considerado um determinante das desigualdades de saúde (STARFIELD, MACINKO, SHI, 2003), uma vez que interferem na chance individual de obtenção de acesso (utilização) e dos benefícios resultantes dos cuidados em saúde (MOONEY, 1983).

O acesso é uma medida relativamente complexa de uma política de saúde, e, segundo o “Modelo Comportamental da Utilização dos Serviços de Saúde” de Andersen (1995), o acesso realizado pode ser definido como o uso atual do serviço de saúde. Este modelo considera fundamental a análise dos determinantes contextuais e individuais no estudo da utilização dos serviços de saúde. Sua quinta e atual fase inclui características contextuais capacitantes, tais como: a organização e outros fatores relacionados à oferta de serviços, e fatores predisponentes, que incluem as características demográficas, valores e crenças da comunidade sobre a saúde e medidas de forma agregada. Além desses, destaca os fatores individuais e fatores comportamentais de saúde, que incluem os relacionados com os indivíduos, como práticas pessoais de saúde, que interagem com a utilização e os processos de cuidado e afetam os resultados em saúde e a satisfação dos usuários. A comunicação paciente-profissional, por meio de recomendações e prescrições terapêuticas, é fator fundamental no entendimento do processo de utilização dos serviços (BAPTISTA, 2012).

A simples garantia de oferta (ou o acesso potencial) pode não resultar no acesso realizado (LOUVISON, et al., 2008). Nesse contexto, o absenteísmo, ou seja, o não comparecimento de usuários a consultas e exames agendados (BENDER, MOLINA, MELLO, 2010), pode ser considerado um resultado negativo no modelo comportamental, que impacta o gasto público com saúde, principalmente em tempos de crise (GIOVANELLA, et al., 2018).

No contexto brasileiro, com o sistema de saúde que convive com um subfinanciamento crônico, em um retrocesso que se apresenta em relação à oferta insuficiente dos serviços, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde e a ineficácia dos serviços prestados, principalmente na atenção especializada, têm contribuído cada vez mais para a superlotação dos hospitais públicos, onde milhares de brasileiros padecem nas filas, aguardando uma consulta, um exame diagnóstico ou uma cirurgia eletiva (SILVA, et al., 2017).

Nos sistemas públicos de saúde de países, como: Canadá, Espanha, Itália e Brasil, a oferta de serviços é feita por meio de redes assistenciais organizadas por bases territoriais, garantindo atendimento próximo à residência. Esses países seguiram o modelo do sistema de saúde da Inglaterra, que atua em áreas e populações definidas, ampliando o acesso e diminuindo as desigualdades (KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

No Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a instalação do modelo da Atenção Primária em Saúde (APS) e, mais recentemente, das Redes de Atenção (RAS), é possível colocar em prática conceitos de promoção de saúde e prevenção de doenças e um atendimento focado em bases territoriais, corroborando para a disseminação e obtenção de melhoras dos DSS. Diante disso, almeja-se uma maior concentração dos atendimentos na APS e uma redução na atenção secundária e terciária (BRASIL, 2008). As ligações entre as RAS e a população são a APS e os Complexos Reguladores da Assistência que, quando bem organizados, tornam as RAS mais eficientes (BRASIL, 2008; MENDES, 2010; MENDES, 2011).

Embora seja crescente a implantação do SUS, seus gestores lidam cotidianamente com a pressão por recursos assistenciais e, muitas vezes, com longas filas de espera para alguns procedimentos onerosos para o orçamento da saúde (MAGALHÃES, FRANCO, 2004). Apesar da tentativa de desafogar a atenção secundária, ainda é possível verificar grandes números de encaminhamentos e uma desorganização no seu sistema de regulação, observando, mesmo com todas as dificuldades de se conseguir atendimentos e

vagas, um elevado absenteísmo de usuários em consultas médicas e exames especializados, contribuindo para a redução da eficiência de todo o sistema (WONG, ZHANG, ENNS, 2009; HENDERSON, 2008).

No SUS é comum o absenteísmo de usuários nas diversas especialidades médicas, ocasionando prejuízos à população e aos cofres públicos, principalmente em momentos de crise (MENDES, 2010). Os motivos que levam o usuário comparecer ou não às consultas e exames programados precisam ser conhecidos devido ao impacto negativo, em um cenário de crise em relação ao acesso à consultas médicas, que as faltas podem causar no serviço de saúde, seja financeiramente, no processo de trabalho ou no cuidado ao usuário (REBELLO, 2015). Os meios de comunicação, como jornais impressos e digitais, têm se voltado para o problema e chamam a atenção para o fato do absenteísmo dificultar o acesso ao serviço de saúde, com aumento das filas de espera para os serviços (HUSAIN-GAMBLES, et al., 2004).

Em tempos de escassez de recursos para financiamento da saúde pública, o impacto do absenteísmo nos serviços de saúde apresenta-se ainda mais relevante quando existe uma grande demanda para novos agendamentos, o que é comum no SUS em que existem poucos mecanismos reguladores eficientes (FONSECA et al., 2001), dificultando assim o acesso aos serviços de saúde. Por isso, este estudo pressupõe que o absenteísmo de usuários se configura como um problema inerente ao acesso.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é compreender os possíveis determinantes do absenteísmo às consultas médicas e aos exames especializados ofertados pelo SUS na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo (RSMES) do estado do Espírito Santo (ES), Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa (MINAYO, 2007), que tem como principal objetivo interpretar o fenômeno em observação a fim de entender seu significado e permite ao pesquisador analisar e descrever mais detalhadamente os dados coletados. Torna possível também a incorporação de questões acerca do significado e da intencionalidade, como sendo inerentes aos atos produzidos, às relações existentes e às estruturas sociais e elucidar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares (MINAYO, 2007).

O estudo foi realizado na RSMES. Essa região possui população total estimada de 2.180.633 habitantes, 55% da população total do estado. É composta por vinte municípios, com 55% de sua população se concentrando em área urbana (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018). A rede básica de serviços de saúde dessa região está estruturada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o acesso aos serviços especializados de saúde estão inseridos numa rede de serviços de saúde regionalizada, determinada pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2011). Quando o serviço especializado não é ofertado no município de residência, o acesso é feito pelo Sistema Integrado de Regulação (SISREG). Nesse caso, o encaminhamento do médico da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de residência do usuário é entregue por este na Central Municipal de Marcação de Consultas para agendamento na Central de Regulação Estadual (BRASIL, 2006).

Para seleção dos sujeitos de pesquisa, utilizou-se o seguinte critério: ser usuário do SUS da RSMES, tendo realizado agendamento em consultas e/ou exames médicos especializados. Foram selecionados usuários mais faltosos cadastrados no SISREG (aqueles que faltaram a mais de três consultas e/ou exames especializados) e menos faltosos (aqueles que faltaram de uma a três consultas e/ou exames médicos especializados) no período de janeiro a julho de 2015. Selecionou-se pelo menos dois usuários por município da região estudada, totalizando 51 usuários participantes da pesquisa (sendo 24 usuários no grupo “mais faltosos” e 27 no grupo “menos faltosos”).

Para a construção dos dados foram realizadas entrevistas individuais a partir de um roteiro semiestruturado. A entrevista em profundidade é uma técnica dinâmica e flexível, útil para apreensão de uma realidade tanto para tratar de questões relacionadas ao íntimo do entrevistado, como para descrição de processos complexos nos quais está ou esteve envolvido (MEDINA, 1995). Para auxiliar na compreensão dos fatores que influenciam no absenteísmo, o roteiro guia utilizado abordou temas sobre a procura pelo serviço de APS, o processo de agendamento e a efetivação ou não das consultas agendadas, ou seja, o itinerário terapêutico dentro do sistema público de saúde. O itinerário terapêutico corresponde ao movimento desencadeado por indivíduos para preservação ou recuperação de sua saúde (CABRAL et al., 2011).

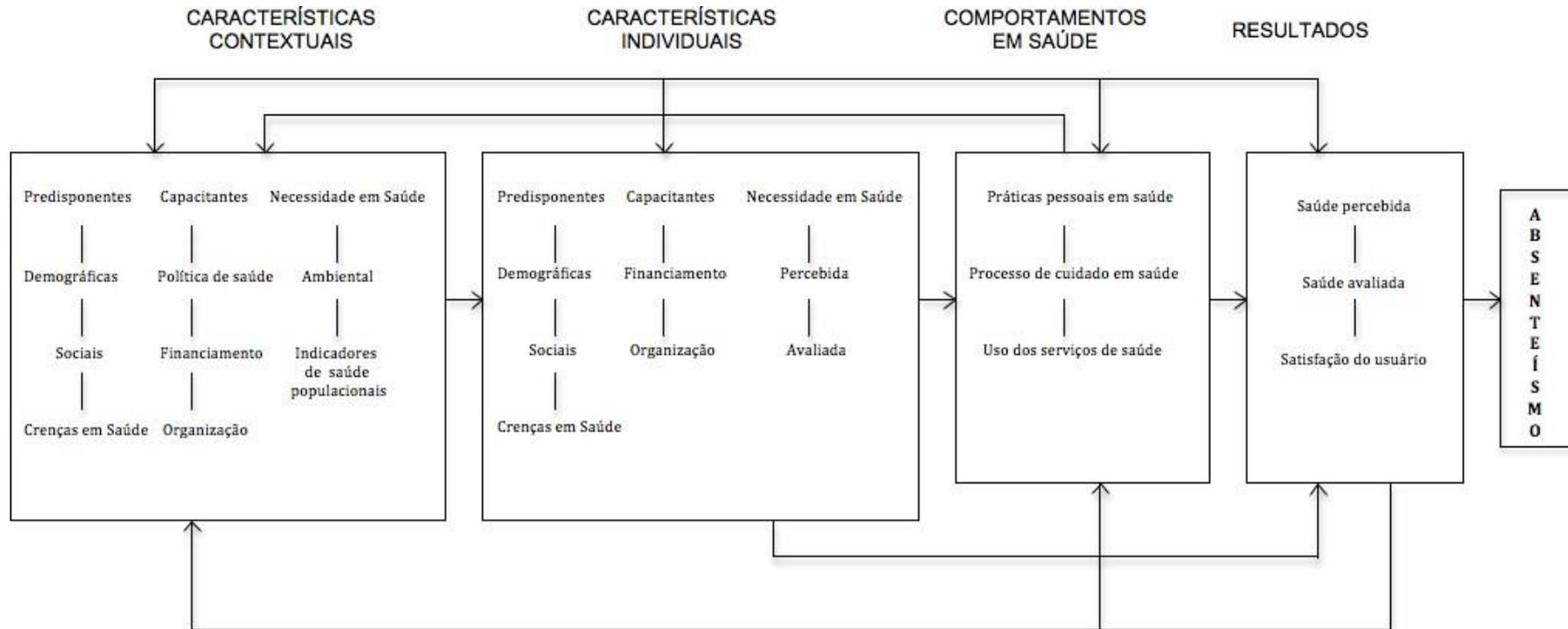
As entrevistas foram realizadas entre os meses de outubro e dezembro de 2017, em locais previamente agendados por telefone com os participantes e gravadas em áudio, sendo posteriormente transcritas na íntegra. Os dados foram analisados segundo a Análise

de Conteúdo Temática, proposta por Bardin (2009), visando captar sentimentos, significados, atitudes e comportamentos que residem nas entrelinhas dos depoimentos, levando os pesquisadores à possibilidade de decifram o entendimento/informações dos usuários do SUS sobre o processo de agendamento de consultas e/ou exames especializados e os fatores relacionados ao absenteísmo a esses serviços na RSMES. Na categorização, utilizou-se o *software* de análise de dados qualitativos MAXqda 12.0, que visa tornar a análise qualitativa mais precisa, confiável e transparente, sem interferir nas etapas de leitura, categorização e reflexão que continuam sendo realizadas pelo pesquisador (GIBBS, 2009).

Na análise foi utilizado o referencial teórico sobre o modelo comportamental de Andersen (1995). O modelo foi elaborado para avaliar e compreender o comportamento do uso de serviços de saúde dos indivíduos, definir e medir o acesso equitativo aos serviços, bem como auxiliar na implementação de políticas que promovam a equidade no acesso (ANDERSEN, 1995). A fim de explicar o acesso e a utilização de serviços especializados de saúde, e identificar, nesse processo, os fatores relacionados ao absenteísmo (Figura 1) apresenta a adaptação desse modelo por este estudo. Evidenciou quatro categorias dependentes, estando relacionadas no processo único de oportunidade de uso dos serviços especializados de saúde, analisadas conforme Andersen (1995): a) Necessidade de Saúde; b) Processo de agendamento às consultas médicas e exames especializados; c) Barreiras para o uso do serviço de saúde especializado; e d) Satisfação com o serviço de saúde especializado.

O estudo foi autorizado pela Secretaria Estadual de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o número de registro CAAE 52838416.0.0000.5060 e parecer favorável nº 1.582.924, em 09/11/2016, atendendo à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do estado do Espírito Santo (FAPES), edital FAPES/CNPq/Decit-SCTIE- MS/SESA n. 05/2015 – PPSUS. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Figura 1 – Modelo Comportamental do Processo de Utilização dos Serviços de Saúde Especializados que inclui características contextuais e individuais.



Fonte: Traduzido e adaptado do modelo de Andersen, 1995.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atenção secundária é marcada por diferentes gargalos, principalmente no que se refere ao acesso. Segundo o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, a dificuldade para a garantia de acesso a serviços especializados decorre do modelo de atenção adotado, da resolutividade da APS e também do dimensionamento e organização da oferta dos serviços (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010).

A análise do absenteísmo aos serviços de saúde especializados no SUS contribuiu para a identificação de fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde. Em um momento em que a organização do sistema sofre com intervenções políticas e econômicas, a compreensão de contexto relacionado ao absenteísmo pode auxiliar no seu controle, e conseqüentemente reduzir o desperdício de recurso público quando o acesso não é realizado. O maior número de agendamentos registrados para um mesmo usuário entrevistado foi de 60 agendamentos e o maior número de faltas a consultas/exames especializados foi 59 faltas. As principais especialidades consultadas pelos entrevistados foram: Gastroenterologia, Ortopedia, Reumatologia, Endocrinologia e Neurologia.

A análise dos registros do SISREG, relativos aos agendamentos de consultas e exames de especialidade, na RSMGV no período de 2014 a 2016, demonstrou que o maior número de agendamentos registrados para um mesmo usuário entrevistado foi de 60 agendamentos e o maior número de faltas a consultas/exames especializados foi 59 faltas. As principais especialidades agendadas pelos participantes da pesquisa foram: Gastroenterologia, Ortopedia, Reumatologia, Endocrinologia e Neurologia.

a) Necessidades de Saúde

Andersen (1995) propõe a conjugação de características predisponentes, capacitantes e de necessidades, contextuais e individuais, na análise das desigualdades de utilização dos serviços de saúde. A análise dos motivos relacionados à busca pelos serviços de saúde evidenciou que, segundo a maioria dos entrevistados, a busca pelo serviço de APS visava a cura ou a amenização de doenças/enfermidades já instaladas. A doença, dessa forma, apresentou-se como o principal determinante de utilização desses serviços de saúde, como exemplificados nos relatos abaixo:

“porque se a gente vai no médico, é que a gente precisa, a gente não vai no médico por um acaso” (E2 – 8 agendamentos/ 7 faltas).

[...] o que a gente precisa é atendimento médico, medicamento, [...] especialidade, principalmente [...] (E9 – 15 agendamentos/ 1 falta) (E9 – 15 agendamentos/ 1 falta).

“eu tive um problema no meu ombro [...], aí eu pedi uma ressonância pro médico[...] (E1 – 11 agendamentos/ 1 falta).

Foram observadas a existência tanto de necessidades de saúde percebidas, as quais faziam com que os indivíduos buscassem assistência desadequada, quanto de necessidades de saúde avaliadas por um profissional de saúde e tidas como suspeitas ou diagnóstico final, baseadas para encaminhamento médico (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Essas necessidades de saúde estão relacionadas intimamente a fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais (BUSS, PELLEGRINI, 2007), desse modo, influenciam no curso de utilização dos serviços de saúde.

Fatores demográficos, como: idade e sexo, representam características biológicas pré-determinadas que conferem maior chance ao indivíduo necessitar dos serviços de saúde. Os fatores de estrutura social, como escolaridade, ocupação e raça, determinam o *status* do indivíduo na comunidade, sua habilidade em lidar com problemas e o quão saudável ou não é o ambiente físico em que ele vive. E, por fim, as crenças em saúde estão relacionadas com atitudes, valores e conhecimento que os indivíduos têm sobre sua saúde e sobre os serviços de saúde oferecidos (ANDERSEN, 1995). Os fatores capacitantes, também elucidados por Andersen (1995), como renda, seguro e condições da manutenção do cuidado à saúde, determinam tanto as necessidades de saúde dos indivíduos, como também a capacidade de escolha dos serviços que poderão usufruir. Abrangem as suas opções, tanto para serviços públicos quanto particulares.

Diversos aspectos podem influenciar a percepção do indivíduo sobre suas necessidades de saúde, podendo ocorrer modificações sobre seu cuidado. Torna-se, portanto, importante a implementação de programas de educação em saúde, contribuindo desta maneira para melhorar tal percepção (ANDERSEN, 1995) e colaborar para diminuir a busca de serviços de saúde exclusivamente para cura de doenças e elevando, conseqüentemente, o padrão e a qualidade de vida dos indivíduos. Exemplos importantes de influências positivas sobre os fatores predisponentes são algumas medidas governamentais adotadas no que diz respeito à promoção de saúde. Em menor escala, também foi observada a busca na APS pela prevenção de doenças. No entanto, após avaliação médica foram identificadas necessidades de encaminhamento para consultas/exames especializados.

A necessidade avaliada representa o julgamento profissional sobre o estado de saúde das pessoas e suas necessidades de cuidados médicos (ANDERSEN, 1995). A visão do médico, científica e dominante, muitas vezes diverge da visão do paciente sobre suas necessidades em saúde, impondo, o médico, sua concepção e determinado diagnóstico ao paciente. A fala das pessoas que buscam o atendimento, na maioria dos casos, não coincide com a exposição objetiva da doença que o médico deseja obter (CORDEIRO, 1997).

Se houver a prática de uma medicina voltada à prescrição medicamentosa e exames funcionais, em detrimento de processos educativos que aumentem o empoderamento do paciente sobre sua saúde e estilo de vida, haverá pouca relação entre o espaço terapêutico e outras tecnologias que ofereçam apoio psicológico e melhor autonomia para uma vida saudável (SILVA; MERHY; DE CARVALHO, 2003). Porém, havendo um relacionamento adequado entre médico e paciente, existindo a participação ativa do paciente, haverá uma efetiva troca de informações e um comprometimento de ambas as partes (ROCHA et al., 2011). Mais que diagnósticos, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades (PINHEIRO; SILVA-JUNIOR, 2009).

Foi possível verificar nessa categoria que, após a busca por assistência na APS, os usuários eram encaminhados para atendimento especializado exclusivamente após avaliação e julgamento pelos profissionais de saúde. Nessa fase, ainda não é possível observar nenhum fator relacionado ao absenteísmo no atendimento especializado pois, nela observa-se apenas o diagnóstico da necessidade presente. A análise das entrevistas revelou que, por mais que o usuário não se sentisse acolhido na APS, isso não foi fator relacionado à falta às consultas e/ou exames especializados agendados, pois as necessidades em saúde estavam presentes e precisavam ser resolvidas.

b) Processo de Agendamento às consultas médicas e exames especializados

Conforme Andersen (1995) o processo de agendamento pode ser compreendido como um elemento predisponente relativo aos aspectos contextuais, individuais ou mesmo comportamentais.

Na análise dos dados, verificou-se que, de forma geral, as informações sobre o funcionamento do sistema só estavam explícitas e sedimentadas para os que já tinham percorrido o processo de agendamento. Assim, as informações e os conhecimentos

adquiridos após a vivência serviam para agendar novas consultas e/ou exames especializados e para auxiliar outras pessoas. As citações abaixo ilustram os dados:

“Eu falaria do mesmo modo que eu comecei. Passa no clínico geral, consulta no seu postinho mais próximo e vai onde eles mandarem você levar o encaminhamento para a especialidade (E10 – 17 agendamentos/ 0 faltas).

“Se a pessoa viesse até a mim e me perguntasse, eu ia falar “olha, tem que ter um encaminhamento, vai no clínico ‘né’, e aí pega o encaminhamento daquela especialidade [...] e vem aqui no setor de saúde para marcar, aí aqui, eles vão dar todas as informações” (E08 – 8 agendamentos/ 4 faltas).

Como discutido por Thiede, Akweongo e McIntyre (2014) a informação é um determinante importante da qualidade do sistema de saúde e da interação individual. Desse modo, apenas quando o usuário detém a informação ele consegue buscar os serviços de saúde necessários de uma forma mais ágil e fácil. Nesse sentido, é necessário analisar como as informações sobre o agendamento de consultas e/ou exames especializados são transmitidas para os usuários do sistema de saúde, se o processo de comunicação é efetivo e, caso contrário se ele consegue sanar suas dúvidas.

A porta de entrada do SUS deve ser a APS, a partir da qual os usuários são, caso necessário, encaminhados para o atendimento especializado. Dessa forma, as informações sobre o processo de agendamento precisam disponibilizadas na APS. O trecho abaixo resume a informação geral que os usuários têm sobre o processo de agendamento:

“Olha, porque quando a gente sai do consultório, o médico já fala, leva no seu posto de saúde, né, coloca no posto de saúde, então a gente preenche tudo e leva para o posto, daí do posto eu creio que vem pra secretaria e a secretaria liga pra gente chamando” (E9 – 15 agendamentos/ 1 falta).

O movimento para realizar os agendamentos das consultas e/ou exames especializados foi descrito pelos usuários e não diferiu entre os grupos dos faltosos e não faltosos. Esse movimento englobou: os procedimentos para agendamento; e como se recebiam as informações sobre a data, a hora e o local da consulta agendada; e a efetivação da consulta. Isso envolve aspectos que dependem muito mais de fatores predisponentes contextuais do que de fatores individuais (ANDERSEN, 1995). Todos os usuários entrevistados relataram ser a APS a porta de entrada para os serviços públicos de saúde. Nesse nível básico consultavam com o médico generalista e recebiam o encaminhamento, quando necessário, para a atenção especializada. Com esse encaminhamento em mãos

alguns deixam na própria Unidade de Saúde para ser agendado e no setor municipal de agendamento.

“Eu pego encaminhamento, levo para o posto, aí no posto eu vou e agendo, aí vê os horários certos de lá, agendo, aí fico esperando [...]” (E11 – 36 agendamentos/ 33 faltas)

“Eu quando pego o encaminhamento com o médico, vou até o meu AMA [serviço municipal de agendamento], deixo o cartão SUS, documento necessário e espero a regulação entrar em contato comigo. E não é só comigo, como eu sou agente de saúde, assim todos os meus pacientes fazem” (E47 – 6 agendamentos/ 1 falta)

Além disso, a maioria dos usuários disse ter sido avisado das consultas agendadas via ligação telefônica, sobre a data, a hora e o local para comparecimento.

“[...] eles marcam para mim, fica lá, aí quando eles me ligam, “olha dona Ana, saiu a consulta [...]” (E10 – 17 agendamentos/ 0 faltas).

O fluxo de atendimento dos usuários começa na Unidade de Saúde, onde recebem encaminhamento, quando necessário, do médico generalista solicitando agendamento em consultas e/ou exames especializados. Esse paciente pode levar seu encaminhamento nas Redes de Serviço SUS, em Regionais de Saúde, Secretaria de Saúde ou em centrais de regulação para realização do agendamento. A partir daí a Central de Regulação avalia as solicitações podendo autorizar e agendar o atendimento ou encaminhar para a fila de espera (BRASIL, 2006).

Diante dos fatos analisados, percebeu-se que a informação é uma ferramenta de empoderamento do usuário, sendo um fator predisponente individual articulado ao contextual, que influencia nos comportamentos de saúde e nos resultados (ANDERSEN, 1995). Agilidade e resolutividade eram observados quando a informação estava presente. O contrário também é verdadeiro, a falta da informação faz com que o usuário não seja capaz de reivindicar seus direitos, não tenha condições e nem argumentos para questionar, dificultando, dessa forma, o exercício de sua autonomia e de sua cidadania (LEITE, et al., 2014) e o uso, em tempo oportuno, o que pode levar ao absenteísmo.

c) Barreiras para o uso do serviço de saúde especializado

O avanço da implantação do SUS no Brasil é uma realidade desde 1988. Entretanto, verificou-se que o prolongado tempo de espera entre o agendamento e a realização das consultas e dos exames agendados ocasionava uma desistência dos usuários, para a maioria dos entrevistados:

“Por que que eu desisti da ressonância? Porque eu vou lá em Vitória, gasto dinheiro para ir lá fazer ressonância, da viagem e tudo, eu venho pra cá, aí eu tenho que mostrar ao médico. Pra mostrar pro médico daqui dois, três anos pra depois chegar lá, ele desistir e falar pra eu tirar outra ressonância[...]” (E1 – 11 agendamentos/ 1 falta).

“Aí eu falei, ‘não vou querer mais não, já melhorei o braço, não tá mais doendo” (E1 – 11 agendamentos/ 1 falta).

“Tem exame que a gente fica até oito meses, um ano esperando. Eu tive até um ano e dois meses esperando, quando chama, não precisa mais [...] (E36 – 31 agendamentos/ 20 faltas).

Os relatos demonstram que, em um contexto de crise no sistema público de saúde, além de barreiras financeiras, com cortes drásticos em programas sociais, há redução da capacidade de consumo das pessoas e efeito sobre a própria economia. Além disso, encaminhamentos por vezes desnecessários, levam os usuários a enfrentar obstáculos para acessar a rede de serviços de saúde durante todo o caminho percorrido para a continuidade do cuidado nos serviços de atenção especializada. Essa situação se opõe ao conceito de acesso, que segundo Andersen (1995), deve articular a entrada do paciente no serviço de saúde, dando continuidade ao tratamento com o recebimento de cuidados subsequentes (LEITE et al., 2014).

O tempo de espera, muitas vezes, levou usuários a buscarem serviços privados para tratar suas necessidades de saúde, as quais poderiam se agravar. Isso vai de encontro à tratativa de redução dos gastos públicos – principalmente no que diz respeito aos investimentos sociais e às políticas compensatórias, políticas que afetam ou dizem diretamente ao bem estar social – e leva ao agravamento das condições de saúde. A resolução por meios particulares, pelo desaparecimento ou agravamento do caso gerava a mudança na necessidade de saúde, entendendo o usuário que não carecia mais do serviço agendado, tal como relatado nos depoimentos abaixo:

“Aí quando me ligaram eu já tinha consultado no particular e já tinha feito o óculos, então já não tinha necessidade mais” (E24 – 14 agendamentos/ 3 faltas).

“Porque acaba que a necessidade às vezes é tão grande que as pessoas acabam marcando, tirando dinheiro de onde não tem pra poder tá pagando uma consulta, porque você precisa de um diagnóstico mais rápido[...]” (E7 – 8 agendamentos/ 3 faltas).

As necessidades de saúde percebidas pelos usuários são fortemente influenciadas pela estrutura social e pelas crenças em saúde, podendo, portanto, serem modificadas por variação desses fatores (ANDERSEN, 1995). Em alguns casos houve o agravamento do caso e fora preciso buscar atendimento de emergência nos prontos atendimentos.

“Esses dias mesmo o SAMU foi até lá em casa me buscar porque eu passei muito mal, porque eu sentia muita dor, porque eu fiquei dois anos, tem dois anos que eu tô na fila do cardiologista e o cardiologista não saiu.” (E11 – 36 agendamentos/ 33 faltas).

Compreende-se então que o acesso é uma categoria-chave na análise das inter-relações entre usuários e serviços de saúde de diferentes níveis assistenciais na construção da continuidade do cuidado (SILVA, et al., 2017). Essas barreiras encontradas pelos usuários na busca de atendimento de suas necessidades assistenciais contribuem para adiar o atendimento oportuno dos problemas de saúde, prolongando o sofrimento da população (LEITE et al., 2014).

“[...] esses agendamentos aqui no seu município demora demais [...] eu tive um problema sério, machuquei o meu joelho, [...] demorou mais de um ano, aí eu fiz o exame e eles fizeram tudo trocado, e eu não consegui resolver” (E08 – 8 agendamentos/ 4 faltas).

No Brasil, o tempo de espera para consultas especializadas está entre as principais barreiras de acesso aos cuidados integrais à saúde no SUS (VIEIRA, LIMA, GAZZINELLI, 2015). Assim, o aumento da demanda, especialmente decorrente da ampliação da cobertura da atenção básica, o aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas, que em tempos de escassez de recursos e insuficiência de serviços, têm dificultado o acesso à atenção especializada. A tentativa de elevar a qualidade dos serviços será sempre um desafio para qualquer esfera, pública ou privada, porém atualmente é preciso refletir sobre as formas de prover uma Saúde Pública de qualidade, mesmo diante de um contexto desfavorável (GIOVANELLA, et al., 2018).

Outra barreira ao comparecimento ao serviço especializado citada foram os custos envolvidos no processo. Dentre os custos citados, a falta de transporte que garantisse o deslocamento entre o município de residência e o município onde o serviço seria prestado foi citação recorrente. Também foi citado o custo com alimentação, pois, para o comparecimento ao serviço, muitos passavam o dia nos locais das consultas. Além disso, foram mencionadas dificuldades na compra de medicamentos para dar continuidade ao tratamento proposto. Tais situações podem ser observadas nos depoimentos abaixo:

“Olha, muitas vezes eu acho que é por falta de dinheiro, né, falta de uma vaga em carro pra tá indo. As vezes no dia não tem um carro da saúde, né? E às vezes as pessoas também podem até ter o dinheiro pra poder pagar aquela passagem, mas não tem o dinheiro pra se alimentar quando chegar lá [...] Ainda mais o pessoal que mora na área rural, né, é mais complicado” (E17 – 7 agendamentos/ 4 faltas).

“Gasta e muito. Às vezes um remédio bem básico, que nem seja tão caro, a gente às vezes chega na unidade de saúde, na farmacinha básica, não encontra o remédio” (E2 – 8 agendamentos/ 7 faltas).

Em períodos de crise a má gestão leva a falhas graves no controle de estoque, podendo culminar no desperdício ou simplesmente na ausência de medicamentos para os usuários (BAPTISTA, 2012). Os custos que os usuários têm para complementar a assistência à saúde recebida do poder público como retorno para a sociedade pelo pagamento de impostos podem ser divididos em custos diretos (por exemplo: transporte e alimentação) e custos indiretos (como: a perda de renda ou produtividade durante a utilização do serviço). Alguns fatores capacitantes podem influenciar na capacidade de pagamento individual, como financiamento público, renda familiar, poupança, bens, crédito/empréstimo, e cobertura para afastamento do trabalho. Contribuem, então, para aumentar as chances de realizar e concluir seu tratamento (ANDERSEN, 1995).

A longo prazo, a falta de recursos inibe melhorias nas estruturas, que vão se desgastando até o limite SUS (VIEIRA; LIMA; GAZZINELLI, 2015). A categorização de situações de saúde com o propósito de estabelecer prioridades para atendimento é feita por meio do SISREG (SILVA, 2004). No entanto, como evidenciado, existe uma falha na eficiência desse sistema e a insuficiência de oferta, acarretando na demora para o atendimento e insatisfação do usuário.

d) Satisfação com o serviço de saúde especializado

Quando perguntado aos entrevistados como estes avaliavam o serviço de saúde especializado utilizado, grande parte reduziu sua resposta ao grau de satisfação (LOUVISON et al., 2008) com aquele serviço, sem realizar um julgamento de valor sobre a experiência vivenciada durante todo o processo de cuidado. Diante disso, foi analisada nessa categoria a satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde utilizados sob três aspectos distintos: organização do serviço/sistema de agendamento; relação usuário/profissional; e infraestrutura do serviço.

Os entrevistados relataram certo grau de satisfação com o atendimento recebido, infraestrutura dos locais das consultas/exames e relação usuário- profissional. No entanto, consideravam que os mesmos deixavam a desejar quando comparado com serviços privados de saúde.

“[...] a gente sabe que demora um pouquinho, porque a demanda é muito grande e o SUS oferece, mas não oferece tanto [...]por isso que eu não posso criticar “Ah SUS não dá nada”. Ele dá entendeu? É que a demanda é muito grande, a demanda é muito grande” (E36 – 31 agendamentos/ 20 faltas).

“Se pagássemos com o dinheiro do bolso da gente, eu acho que atenderiam melhor. Mas, como vai pelo SUS, já tão ganhando o salário deles! Tem muito profissional bom, mas nunca é como você pagar particular, nunca é” (E1 – 11 agendamentos/ 1 faltas).

A avaliação também é uma importante ferramenta no empoderamento do cidadão, não devendo se limitar à verificação do cumprimento de normas. No entanto, avaliar os serviços de saúde medindo o grau de satisfação do usuário em relação aos serviços utilizados pode ser bastante subjetivo, variando de indivíduo para indivíduo, pois, mais do que um diagnóstico e agilidade no processo, sempre existe o desejo de se sentir acolhido em suas demandas e necessidades (PINHEIRO; SILVA-JUNIOR, 2009). Apesar da maioria dos usuários comparar os sistemas público e privado, queixando-se das falhas do atendimento público, os fatores capacitantes, conforme Andersen (1995) desenvolve, os impedem de fazer uma migração de sistemas, deixando-os dependentes de um atendimento com o qual estão insatisfeitos. No contexto da crise na saúde é importante conseguir tomar as decisões mais acertadas, por isso é essencial que essas decisões tenham fundamento sólido, baseado em informação (SILVA, 2004).

Segundo Andersen (1995), em sua análise estruturada sobre os indicadores de processo e resultado para mensurar o acesso à saúde, o conhecimento e as fontes de informação são indicadores de avaliação dos serviços de saúde. O fato de o usuário não estar apto a realizar uma avaliação do serviço utilizado pode ser explicado por razões como: falta de informação, baixo nível de escolaridade, falta de conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde, dentre outros fatores, os quais podem estar associados ao absenteísmo a consultas e exames especializados previamente agendados. Quando o absenteísmo ocorre também há sua inabilitação para uma avaliação adequada de sua realidade.

Deve-se refletir também sobre a capacidade de cobrança e exigência desses mesmos usuários aos responsáveis pela organização do sistema de saúde. Pelo fato de estarem incapacitados para realizar uma avaliação do serviço que utilizam, também poderiam estar inábeis para realizar tais cobranças, tornando um ciclo vicioso, principalmente em momentos de recursos públicos escassos. O Quadro 1 apresenta síntese dos fatores relacionados ao absenteísmo.

Quadro 1 – Síntese dos fatores relacionados ao absenteísmo.

Categoria	Inferência
Necessidades de Saúde	Motivos relacionados à busca pelos serviços de saúde, onde a doença e a prevenção se apresentaram como os principais.
Processo de agendamento às consultas médicas e exames especializados	Percurso percorrido desde a busca pelos serviços de saúde na atenção primária, os encaminhamentos e agendamentos, até a efetivação ou não das consultas/exames na atenção secundária. Nessa trajetória a informação foi determinante importante na qualidade do sistema de saúde e ferramenta de empoderamento do usuário.
Barreiras para o uso do serviço de saúde especializado	Fatores dificultadores que predominavam para a efetivação das consultas/exames especializados agendados: prolongado tempo de espera e custos envolvidos no processo, acarretando em dificuldades para começar ou continuar o tratamento.
Satisfação com o serviço de saúde especializado	Existe uma comparação por parte dos usuários entre os sistemas público e privado de saúde, no qual o atendimento público encontra-se inferiorizado nessa percepção. No entanto, seus fatores capacitantes impedem a migração de sistemas, deixando-os dependentes de apenas um tipo de serviços de saúde, o público.

Fonte: Elaboração própria.

CONCLUSÃO

Os usuários dos serviços de saúde deste estudo agendaram consultas e/ou exames especializados em algum momento e tiveram dificuldades em comparecer nas consultas e em outros momentos maior facilidade para comparecer independente do grupo inicial a que pertenciam.

Na busca pelo agendamento de serviços que sanassem as necessidades de saúde presentes, os usuários trilhavam o caminho da interface entre o atendimento primário e o secundário. Muitos não conseguiam finalizar o processo devido à existência de barreiras para o uso do serviço de saúde especializado, que impactam sobre o absenteísmo. Dentre elas, destacam-se o prolongado tempo de espera, os custos e as dificuldades para se continuar o tratamento, grandes obstáculos para efetivação das consultas. O resultado foi usuários insatisfeitos com o sistema público de saúde, optando sempre quando possível por serviços de saúde privados, seja por desembolso direto ou planos de saúde.

Diante desse cenário de dificuldades no acesso aos serviços de saúde, que podem impactar no cuidado à saúde, percebe-se a necessidade de um planejamento que melhore a eficiência do sistema de agendamento e a organização dos serviços de acordo com as necessidades do usuário, sendo o modelo comportamental de Ronald Max Andersen uma ferramenta útil para compreensão do fenômeno do absenteísmo. Também devem ser

implementados mecanismos reguladores mais efetivos, priorizando atendimentos emergenciais. A melhoria dos fatores predisponentes e capacitantes parece depender de iniciativas oferecidas de forma equivalente nas dimensões sociais, do trabalho e dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDERSEN, R. M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? **J.Health Soc. Behav.** Washington, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.
- BAPTISTA, M. V. Algumas reflexões sobre o sistema de garantia de direitos. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 109, p. 179-199, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000100010>> Acesso em: 4 abr. 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2009.
- BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na Atenção Secundária e suas implicações na Atenção Básica. **Revista Espaço para a Saúde.** Londrina, n. 11, v. 2, p. 56-65, 2010. Disponível em: <<https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/436>> Acesso em: 7 abr. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas **Manual de Implantação de complexos reguladores.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, 04 ago. 2008. Seção 1, p. 48. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=48&data=04/08/2008>>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- BUSS, P.M.; PELEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>> Acesso em: 25 ago. 2018.
- CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva.** v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.
- CORDEIRO, H. A. O Conceito de Necessidades de Saúde? **As Políticas Sanitárias: Saúde, trabalho e formação profissional.** 20 ed. Rio de Janeiro:Fundação Oswaldo Cruz, 1997. p. 41-64.
- ESPÍRITO SANTO (Estado). **Plano Diretor de Regionalização da Saúde.** Secretaria de Estado da Saúde, 2011.
- FONSECA, E. et al. Estudio de la inasistencia a las citaciones en consulta en un servicio de dermatología. **Piel.** v. 16, n. 10, p. 485-489, 2001.
- GIBBS G. **Análise de dados qualitativos.** Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v. 23, n. 6, 2018. pp. 1763-1776. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>> Acesso em: 10 dez. 2018.

HENDERSON, R. Encouraging Attendance at Outpatient Appointments: Can We Do More? **Scott Med J.** v. 53, n. 1, p. 9-12, 2008.

HUSAIN-GAMBLES, M. et al. Missed appointments in primary care: questionnaire and focus group study of health professionals. **Br J Gen Pract.** v. 54, n. 499, p. 108-113, 2004.

Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/5672489_Missed_appointments_in_primary_care_questionnaire_and_focus_group_study_of_health_professionals> Acesso em: 6 ago. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). Censo 2010.

Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em 31 ago. 2018.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>> Acesso em: 15 ago. 2018.

LEITE, R. A. F. et al. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação.** n. 18, v. 51, p. 61-672, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0653>> Acesso em: 12 ago. 2018.

LOUVISON, M. C. P., et al. Desigualdades no uso e acesso de serviços de saúde entre a população idosa do município de São Paulo. **Rev de saúde pública.** v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000400021>> Acesso em: 6 abr. 2018.

MAGALHÃES, J. R.; FRANCO, T. B. **Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado.** 2 ed. São Paulo: Hucitec 2004.

MEDINA, C. A. Entrevista: o diálogo possível. São Paulo: Ática, 1995.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde.** 2 ed. Brasília: Conass, 2011. 554p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>> Acesso em 20 jun. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOONEY, G. H. Equity in health care: confronting the confusion. **Eff. health care.** Leeds-Inglaterra. v. 1, n. 4, p. 179-185, 1983.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (UNESCO). Declaração Universal Dos Direitos Humanos, 1998. Disponível em:

<<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>> Acesso em: 4 abr. 2016.

PINHEIRO, R.; SILVA-JUNIOR, A. G. **Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário: abordagem multicêntrica.** 1. ed. Rio de Janeiro/Recife: Editora Universitária UFPE, 2009. p. 37-52.

REBELLO, R. **Faltas em consultas médicas pelo SUS chegam a 46% no ES,** 2015.

Disponível em: <<https://blog.atencaobasica.org.br/2015/09/14/faltas-em-consultas-medicadas-pelo-sus-chegam-a-46-no-es/>> Acesso em: 5 ago. 2018.

ROCHA, B. V. et al. Relação Médico-Paciente. **Rev.Med. Res.** v.13, n. 2, p. 114-118, 2011.

Disponível em: <<http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/8/13>> Acesso em: 15 ago. 2018.

SILVA JUNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; DE CARVALHO, L. C. **Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde: Construção da Integralidade**. 2 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 113-128.

SILVA, C. R. et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 22, n. 4, p. 1763-1776, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-1232018236.05562018>> Acesso em: 15 ago. 2018.

SILVA, M. E. M. **O processo de tomada de decisão para o agendamento de consultas especializadas em centrais de regulação: proposta de um modelo baseado em análise multi-critério**. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004.

STARFIELD, B.; MACINKO, J.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. **Health Serv Res.** v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360919/>> Acesso em: 7 abr. 2018.

THIEDE, M.; AKWEONGO, P.; MC'INTYRE, D. Explorando as dimensões do acesso. In: MC'INTYRE, D.; MOONEY, G. **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 137-162.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública.** v. 20, n. 1, p. 190-198, 2004. Suplemento 2. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>> Acesso em: 23 ago. 2018.

VIEIRA, E. W. R.; LIMA, T. M. N.; GAZZINELLI, A. Tempo de Espera por Consulta Médica Especializada em um Município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Min Enferm.** v. 19, n. 1, p. 65-71, 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/986#:~:text=O%20tempo%20m%C3%A9dio%20de%20espera,de%20seis%20a%20559%20dias>> Acesso em: 16 ago. 2018.

WONG VK, ZHANG H, ENNS R. Factors associated with patient absenteeism for scheduled endoscopy. **World J Gastroenterol.** v. 15, n. 23, p. 2882-2886, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2699006/>> Acesso em: 12 jun. 2018.

Recebido em: 20/05/2022

Aprovado em: 23/06/2022

Publicado em: 03/07/2022