

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SONIA MARIA BELTRAME

**O ABSENTEÍSMO COMO FATOR DE DESPERDÍCIO EM CONSULTAS E  
EXAMES ESPECIALIZADOS NA REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA DO  
ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA  
2019

SONIA MARIA BELTRAME

**O ABSENTEÍSMO COMO FATOR DE DESPERDÍCIO EM CONSULTAS E  
EXAMES ESPECIALIZADOS NA REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA DO  
ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto.

VITÓRIA

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

---

SONIA MARIA BELTRAME

**O ABSENTEÍSMO DE USUÁRIO COMO FATOR DE DESPERDÍCIO EM  
CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS NA REGIÃO DE SAÚDE  
METROPOLITANA DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Epidemiologia.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto**  
**Universidade Federal do Espírito Santo**

---

**Prof. Dr<sup>a</sup> Maria Angélica Borges dos Santos**  
**Escola Nacional de Saúde Pública**

---

**Prof. Dr<sup>a</sup> Adriana Ilha da Silva**  
**Universidade Federal do Espírito Santo**

---

**Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira**  
**Universidade Federal do Espírito Santo**

---

**Prof. Dr. Carlos Eduardo Siqueira**  
**University of Massachusetts**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me ouvir e indicar o caminho correto estando ao meu lado, abençoando os meus planos, guiando os meus passos e oferecendo-me sabedoria e proteção.

Primeiramente à minha família, pelo apoio incondicional e suporte em todos os momentos dessa etapa.

Ao professor Aduino Emmerich de Oliveira, pelas portas abertas por meio do Laboratório de Projetos em Saúde Coletiva (LAPROSC), pela amizade, confiança e incentivo. Minha gratidão e amizade.

Ao meu orientador, Prof. Edson Theodoro dos Santos Neto, pelos ensinamentos e conhecimentos e pelo apoio sempre.

Aos professores da banca, pelo aceite e valiosas contribuições, professora Adriana Ilha e professora Maria Angélica.

Aos colegas de caminhada do SUS, que foram grandes incentivadores, quando o projeto ainda era um desejo, em especial Márcia Portugal Siqueira, Maria Lucia Pesente e Francisco José Dias da Silva.

Aos colegas de turma, pela amizade e ajuda em diversos momentos durante esse mestrado. Meu muito obrigada.

À secretaria Municipal de Saúde de Vitória.

À Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, por permitir o uso dos dados e fornecer as informações solicitadas, e a todos os funcionários que contribuíram.

A Josimary Pecegueira, Patricia Vedova e Resy Rebello pelo carinho de sempre em sanar dúvidas no universo da regulação em saúde. Vocês foram uns amores.

A Henrique Colnago, pela ajuda, paciência e pelo profissionalismo com os dados da pesquisa. Você foi fundamental para concretizar os números.

A Cinara, secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), que sempre esteve pronta a atender às demandas de todos os alunos. Você é o anjo da PPGASC.

À Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), pelo abrigo, e a todos os professores do PPGSC, pelos ensinamentos que proporcionaram a todos nós, alunos.

## EPÍGRAFE

“Procuro semear otimismo e plantar sementes de paz e justiça. Digo que penso, com esperança. Penso no que faço, com fé. Faço o que devo fazer, com amor. Eu me esforço para ser cada dia melhor, pois bondade também se aprende”

Cora Coralina

## RESUMO

A produção do cuidado integral é um dos desafios para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar dos esforços para garantir o acesso ao usuário, o absenteísmo em consultas e exames é uma realidade no SUS. O objetivo deste estudo foi analisar absenteísmo como fator de desperdício em consultas e exames especializados na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo (RSMES), nos anos de 2014 a 2016. Essa pesquisa quantitativa analisou os bancos de dados secundários, fornecidos pelo Sistema de Regulação do Espírito Santo (SISREG-ES). As variáveis selecionadas foram: ano, procedimento agendado, procedimento confirmado, procedimento não confirmado, consultas especializadas, exames especializados e local executante. Os procedimentos inicialmente foram classificados em consultas e exames; e, posteriormente, por ano e local executante. Para as consultas, diante as diversas denominações usadas pelo SISREG-ES, foi necessário utilizar a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) para definir a especialidade médica e outras. Após, os procedimentos de consultas e exames foram codificados, com base na Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Estratégicos do SUS (TabelaSUS). Os exames foram reunidos em grupos e subgrupos, de acordo com a classificação da Tabela SUS. Para atender aos objetivos, os procedimentos foram analisados por local executante e por modalidades de gestão, sendo serviços públicos (administração direta) e serviços privados, públicos com gestão das OSS e filantrópicos (administração indireta). Os valores monetários foram obtidos usando a Tabela SUS, tabela complementar de convênios e tabela de custos estimados, atualizadas para o ano de 2018, segundo o tipo de prestador envolvido no atendimento. Para todos os locais executantes, trinta e oito (38), os dados foram trabalhados individualmente, utilizando o programa *Microsoft Office Excel 2010*. As taxas de absenteísmo foram calculadas dividindo-se o total de procedimentos não confirmados (absenteísmo), no numerador, pelo total de procedimentos agendados, no denominador, para cada especialidade, multiplicando-se o resultado por 100. Os valores monetários estimados para o desperdício foram obtidos mediante a multiplicação do total de procedimentos não confirmados (absenteísmo) anualmente por especialidade pelos valores atribuídos a cada procedimento segundo a natureza administrativa do local executante. Foram analisados 1.002.719 procedimentos,

sendo 666.182 consultas e 336.537 exames especializados. Analisaram-se 34 especialidades, com taxas que variaram de 0 a 75,9%. A taxa média de absenteísmo para consultas foi de 38,6% (257.025 consultas), num valor estimado de R\$ 3.558.837,88. A quantidade de exames especializados contabilizados durante o período analisado foi de 336.537 procedimentos, com taxa de absenteísmo total de 32,1% (108.103 exames); e um desperdício estimado de R\$ 15.007.624,15, no total de R\$ 18.566.462,03. A taxa de absenteísmo variou de 22,3% a 100,0%. Os exames do grupo 02, procedimentos com finalidade diagnóstica, apresentaram o maior desperdício, no total de R\$ 13.774.088,92. Em relação às modalidades de gestão, para consultas, a menor taxa de absenteísmo foi para serviços filantrópicos 35,5%, com um desperdício estimado de R\$ 341.750,00; e a maior taxa foi de 42,7%, para o serviço privado, com um desperdício de R\$ 2.000,00. Para os exames, a menor taxa foi de 26,1%, nos serviços privados, e o total de desperdício foi de R\$ 781.687,87. A maior de absenteísmo foi de 34,9%, nos serviços filantrópicos, com total de desperdício de R\$ 4.459.951,03. O maior valor de desperdício, R\$ 8.943.943,26, encontrou-se nos serviços públicos com gestão de OSS. Considerando as taxas e os valores monetários encontrados, recomendam-se estudos sobre o combate ao absenteísmo, para que sejam buscadas as causas relacionadas com a gestão e com as particularidades do usuário, a fim de propor reduções viáveis considerando os prejuízos para a gestão do SUS. Os dados monetários por modalidade de gestão são importantes informações que ajudam na tomada de decisão por gestores, sobre investimentos e prioridades nas contratações dos serviços da gestão administrativa indireta. Assim, pode-se concluir que modernizar a gestão na saúde e otimizar os recursos disponíveis, combatendo o desperdício, sem comprometer a qualidade da assistência, será um desafio constante na agenda dos gestores para sustentabilidade SUS.

**Palavras-chave:** Absenteísmo. Atenção secundária à saúde. Integralidade em saúde. Administração de serviços de saúde.

## ABSTRACT

Providing comprehensive healthcare is one of the challenges for the Brazilian Unified Health System (SUS). Despite the efforts to ensure access to healthcare, absenteeism in medical consultations and specialized exams is a reality in the SUS. The aim of this study was to analyse absenteeism as a factor of waste in medical consultations and specialized exams in the Metropolitan Health Region of Espírito Santo (RSMES) from 2014 to 2016. This quantitative research analyzed secondary databases provided by the Regulatory System of Espírito Santo (SISREG-ES). Selected variables were: year, scheduled procedure, confirmed procedure, unconfirmed procedure, specialized consultation, specialized exams and executing service. Procedures were initially divided into consultations and exams, and posteriorly according to year and executing service. For consultations, the Brazilian Classification of Occupations (CBO) was used to define medical specialties and others. After that, consultations and exams were coded based on the Unified Table of Procedures (SUS Table). Exams were grouped according to their classification in the SUS Table. To achieve the objectives, procedures were split by executing service and management modality, which can be public owned (direct administration) and private services, public owned services managed by health social organizations (OSS) or philanthropists (indirect administration). Monetary values were obtained from the SUS table, a complementary table of contracts and a table of estimated costs, updated for the year of 2018, according to the type of service provider. Data were treated individually for all 38 executing health services using Microsoft Excel 2010. Rates of absenteeism were calculated by dividing the total amount of unconfirmed procedures (absenteeism) (numerator) by the total amount of scheduled procedures for each specialty, multiplied by 100. Estimates of wasted monetary values were obtained by multiplying the total amount of unconfirmed procedures (absenteeism), annually, according to specialty by the attributed values for each procedures according the the administrative nature of the executing site. A total 1,002,719 procedures were analyzed, of which 666,182 were medical consultations and 336,537 were specialized exams. Thirtyfour specialties were analyzed, with rates of absenteeism that varied from 0 to 75.9%. The mean rate for consultations was 38.6% (257,025 consultations), with a total value of R\$ 3,558,837.88. The amount of specialized exams during the analyzed time period was

336,537 procedures, with an absenteeism rate of 32.1% (108,103 exams) and an estimated waste of R\$ 15,007,624.15, in the total R\$ 18.566.462,03. Absenteeism rates varied from 22.3 to 100%. The exams of group 02, procedures with diagnostic purpose, presented the greatest waste a total of R\$ 13,774,008.92. According to management modality, the lowest rate of absenteeism for consultations was verified for philanthropist services (35.5%), with an estimated waste of R\$ 341.750,00. The highest rate (42.7%) was verified for the private service, with a total waste of R\$ 2,000.00. For exams, the lowest rate was verified for private services (26.1%), with a total waste of R\$ 781,687.87, and the highest was verified for philanthropist services (34,9%), with a total waste of R\$ 4.459.951,03. The highest wasted value (R\$ 8,943,943.26) was verified for public services managed by health social organizations. Considering the verified rates and monetary values, studies on absenteeism are recommended, as well as the search for causes related to service management and user characteristics in order to propose viable reductions, considering the losses they cause to users and the public management. Monetary data by management modality are important information to aid decision-making by managers regarding investments and priorities for contracts of indirect service management. Thus, it is possible to conclude that modernizing health management and optimizing available resources, tackling waste without compromising the quality of assistance, will be a constant challenge in the agenda of SUS managers.

**Keywords:** Absenteeism. Secondary health care. Integrality in health. Administration of health services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 – Mapa das regiões de saúde do estado do Espírito Santo..... | 56 |
| Quadro1–Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) na RSM-ES.....         | 59 |

### ARTIGO 1

|   |    |
|---|----|
| Gráfico 1 – Taxas de absenteísmo e oferta de exames e consultas especializadas na Região de Saúde Metropolitana, Espírito Santo, Brasil. 2014-2016..... | 79 |
|---|----|

### ARTIGO 2

|  |     |
|--|-----|
| Quadro 1 – Número e localização dos locais executantes por modalidade de gestão, na RSM-ES de 2014-2016..... | 102 |
|--|-----|

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População Residente na Região de Saúde Metropolitana - Censo 2010 e Estimativa para o TCU 2018 - Espírito Santo e por Município e distância em Km da capital..... 60

Tabela 2 – Procedimentos Agendados pelo SISREG-ES para a RSM-ES de 2014 a 2016..... 61

### ARTIGO 1

Tabela 1 – Descrição do absenteísmo em consultas especializadas na Região de Saúde Metropolitana, Espírito Santo, Brasil. 2014-2016..... 76

Tabela 2 – Descrição do absenteísmo em Exames especializados na Região de Saúde Metropolitana, Espírito Santo, Brasil. 2014-2016..... 81

### ARTIGO 2

Tabela 1 – Procedimentos de consultas e exames com respectivas, taxas de serviço e de absenteísmo por modalidade de gestão e valores das tabelas diferenciadas e Tabela SUS..... 108

Tabela 2 – Procedimentos de consultas e exames com respectivas taxas de serviço e de absenteísmo, por modalidade de gestão e valores da Tabela SUS ..... 110

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

|        |   |
|--------|---|
| ACS    | Agente Comunitário de Saúde                                     |
| ANS    | Agência Nacional de Saúde Suplementar                           |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária                        |
| ASPS   | Ações e Serviços Públicos de Saúde                              |
| BM     | Banco Mundial   |
| CBO    | Classificação Brasileira de Ocupações                           |
| CERON  | <i>Centro de Estudios y Recursos Odontológicos para El Niño</i> |
| CF     | Constituição Federal  |
| CPOD   | Cariados, Perdidos e Obturados                                  |
| DCNT   | Doenças Crônicas Não Transmissíveis                             |
| EC     | Emenda Constitucional   |
| ENEO   | Encontro Nacional dos Estudantes de Odontologia                 |
| ES     | Espírito Santo  |
| ESF    | Estratégia Saúde da Família                                     |
| FAPES  | Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo      |
| FMI    | Fundo Monetário Internacional                                   |
| FNS    | Fundo Nacional de Saúde   |
| IBGE   | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                 |
| IDH    | Índice de Desenvolvimento Humano                                |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência         |
| IPCA   | Índice de Preços ao Consumidor                                  |
| IPEA   | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada                        |
| LRF    | Lei de Responsabilidade Fiscal                                  |
| MAC    | Média e Alta Complexidade                                       |
| MS     | Ministério da Saúde   |
| NOAS   | Norma Operacional da Assistência à Saúde                        |
| NOB    | Norma Operacional Básica  |
| OFM    | Ortopedia Funcional dos Maxilares                               |
| OMS    | Organização Mundial de Saúde                                    |
| OPAS   | Organização Pan-Americana de Saúde                              |
| PAB    | Piso da Atenção Básica  |

|           |   |
|-----------|---|
| PDI       | Plano Diretor de Investimentos  |
| PDR       | Plano Diretor de Regionalização   |
| PDRAE     | Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado                                    |
| PIB       | Produto Interno Bruto   |
| PIR       | Plano de Intervenção Regional   |
| PNGC      | Programa Nacional de Gestão de Custos   |
| PPGSC     | Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva                                       |
| PPI       | Programação Pactuada e Integrada  |
| RCB       | Receita Corrente Bruta  |
| RSMES     | Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo                                   |
| SAS       | Secretaria de Atenção à Saúde   |
| SESA      | Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo                                   |
| SIGTAP    | Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos,<br>Medicamentos e OPM do SUS |
| SIOPS     | Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde                         |
| SISREG    | Sistema de Regulação  |
| SNA       | Sistema Nacional de Auditoria   |
| SUS       | Sistema Único de Saúde  |
| TABELASUS | Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos<br>Estratégicos do SUS  |
| UBS       | Unidade Básica de Saúde   |
| UFES      | Universidade Federal do Estado do Espírito Santo                                  |
| UPA       | Unidade de Pronto Atendimento   |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>APRESENTAÇÃO</b> .....   | 17 |
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 19 |
| <b>2 A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE E A REGULAÇÃO</b> .....               | 22 |
| 2.1 Integralidade .....   | 22 |
| 2.2 Regulação no sistema de saúde brasileiro.....                             | 24 |
| 2.3 Regulação do acesso à assistência.....                                    | 29 |
| 2.4 Organização da rede assistencial.....                                     | 31 |
| 2.5 Gestão no financiamento do SUS.....                                       | 34 |
| 2.6 Modalidades de gestão dos serviços de saúde no SUS.....                   | 39 |
| 2.7 Absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde.....                       | 43 |
| 2.8 Absenteísmo como fator de desperdício.....                                | 47 |
| <b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....  | 53 |
| <b>4 OBJETIVOS</b> .....  | 54 |
| 4.1 Geral .....   | 54 |
| 4.2 Específicos .....   | 54 |
| <b>5 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....  | 55 |
| 5.1 População e desenho do estudo .....                                       | 55 |
| <b>5.1.1 Cenário do estudo</b> .....  | 55 |
| 5.2 Coleta de dados .....   | 60 |
| 5.3 Variáveis do estudo .....   | 61 |
| 5.4 Análise estatísticas dos dados .....                                      | 62 |
| <b>5.4.1 Método de apuração dos preços das consultas especializadas</b> ..... | 63 |
| <b>5.4.2 Método de apuração dos preços dos exames especializados</b> .....    | 64 |
| 5.5 Aspectos éticos .....   | 65 |
| <b>6 RESULTADOS</b> .....   | 66 |
| <b>6.1 Artigo 1</b> .....   | 66 |
| 6.1.1 Resumo .....  | 67 |
| 6.1.2 Abstract .....  | 68 |
| 6.1.3 Introdução .....  | 69 |
| 6.1.4 Métodos .....   | 72 |
| 6.1.5 Resultados .....  | 74 |

|   |     |
|---|-----|
| 6.1.6 Discussão .....                             | 83  |
| 6.1.7 Conclusão .....                             | 88  |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....                          | 89  |
| <b>6.2 Artigo 2</b> .....                         | 95  |
| 6.2.1 Resumo .....                                | 96  |
| 6.2.2 Abstract .....                              | 97  |
| 6.2.3 Introdução .....                            | 98  |
| 6.2.4 Métodos .....                               | 101 |
| 6.2.5 Resultados .....                            | 105 |
| 6.2.6 Discussão .....                             | 111 |
| 6.2.7 Conclusão .....                             | 117 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....                          | 118 |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....               | 126 |
| <b>REFERÊNCIAS GERAIS</b> .....                   | 128 |
| <b>APÊNDICE A – QUADRO DE NOMENCLATURAS</b> ..... | 140 |
| <b>ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA</b> .....   | 144 |
| <b>ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA</b> .....  | 145 |

## APRESENTAÇÃO

Nos anos de graduação em Odontologia, de 1979-1983, participei ativamente do diretório acadêmico na busca por democracia, universalização da saúde e uma formação profissional mais qualificada voltada para a realidade epidemiológica. Estive presente em diversos eventos em nível nacional, nos desdobramentos do movimento da reforma sanitária. Em 1983, coordenei na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), o V Encontro Nacional dos Estudantes de Odontologia (ENEO) que trouxe a Vitória quase mil estudantes do país. Foi uma experiência fundamental para definir a minha opção de trilhar na vida pública. Os debates evidenciavam a importância do fortalecimento de uma saúde pública universal para todos os cidadãos. A Odontologia era muito atrasada do ponto de vista conceitual, com uma prática mutiladora e de pouca oferta na rede pública da época.

Assim, ao me formar, busquei uma pós-graduação fora do estado, na Pontifícia Universidade Católica-MG (PUC-MG), em Odontologia Social, pois aqui não existia a opção, para qualificar esse olhar sobre o sistema público de saúde e entender os desafios colocados. Nesse curso, tive a oportunidade de ter como professor o Dr. Eugênio Vilaça Mendes, que muito contribuiu para instruir melhor os caminhos a serem seguidos por mim. Após essa formação, fui indicada para participar de intercâmbio com profissionais de diversos países latinos, no *Centro de Estudios y Recursos Odontológicos para El Niño (CERON)*, em Caracas-Venezuela. O intercâmbio foi fundamental para aprender práticas coletivas de intervenção e prevenção em crianças para redução das patologias bucais.

Assim, com essa formação, ingressei na vida pública em 1990, no município de Vitória-ES, estando até hoje, no final da dissertação em atividade. Iniciei assumindo o cargo comissionado na coordenação da atenção odontológica e, dois anos depois, fui aprovada em concurso público para o cargo de odontólogo pediatra. Ao assumir a coordenação da Odontologia, tinha o desafio de reorganizar a atenção odontológica que era basicamente centrada na doença, mutiladora e com infraestrutura deficiente, necessitando de investir esforços para priorizar as ações preventivas em conjunto com a prática restauradora, visando qualificar o serviço e ampliar o acesso. Conseguimos

avançar, realizamos o primeiro concurso público para ingresso, introduzimos o pessoal auxiliar na odontologia, valorizando o trabalho a quatro mãos e o trabalho em equipe.

Alguns anos depois, o projeto de saúde bucal batizado de “Sorria Vitória” foi destaque nacional quando no levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal nas capitais, Vitória ficou em primeiro lugar, sendo a capital com o menor índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) aos 6 anos de idade. O desenvolvimento da criança e a prevenção na Odontologia sempre me motivaram a estudar. Ao fazer a especialização em Ortopedia Funcional dos Maxilares (OFM), em 1999, implantei projeto no município de intervenção precoce em oclusopatias, visando à prevenção de agravos nas más oclusões passíveis de correção na primeira infância, com técnicas simples e acessíveis na rede básica de saúde.

Aos poucos fui identificando afinidade pela gestão na saúde e, ao longo da minha trajetória, passei por diversas funções, sempre ligadas ao planejamento. Acompanhei a evolução dos instrumentos de gestão na trajetória do SUS. A gestão financeira com poucos recursos e seu viés político sempre me inquietaram. Por isso, nos últimos anos, tenho trabalhado com a comissão de avaliação de despesas e, por dois anos gerenciei o Fundo Municipal de Saúde, sempre tentando contribuir nas decisões e qualificando o uso dos recursos financeiros. Deixei a função ao priorizar participar da seleção do Mestrado, em 2016, que era um desejo antigo que gostaria de concretizar.

Vale destacar que na minha experiência de gestão do Fundo Municipal e na comissão, sempre me inquietou a maneira como é feita a gestão dos recursos financeiros e os investimentos em novos serviços. Não saber o custo real dos serviços é um fator que dificulta as decisões. É uma área de muitas fragilidades, considerando que nós, da saúde, não somos capacitados, na graduação ou mesmo nas pós-graduações, para atuar na área financeira. Quando surgiu a oportunidade de elaborar esse projeto, percebi que era um começo para se falar desse assunto, que não é priorizado na pauta da gestão da saúde pública.

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua criação em 1988, tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população. Conta com efetivas dificuldades quanto ao acesso do cidadão às ações e serviços de saúde resolutivos, adequados, oportunos, humanas e eficazes (CAMPOS, 2008). Apesar dos avanços, ainda há muito que fazer para torná-lo universal e público, bem como assegurar padrões elevados de qualidade, e seus maiores desafios são políticos. O SUS foi implantado, mas não foi consolidado (PAIM, 2018).

A assistência à saúde no SUS é dividida em atenção primária ou atenção básica, atenção secundária ou média complexidade e atenção terciária ou alta complexidade (MENDES, 2011). A porta de entrada ao sistema é pela atenção básica, e qualquer pessoa pode procurar atendimento por necessidades de saúde e iniciativa própria, através das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) ou uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (BARRETO *et al.*, 2011). A atenção básica deve ter a capacidade de ser resolutiva em mais de 85% dos problemas de saúde da população, sendo apenas 15% referenciados para a atenção especializada e destes, os que necessitam de mais recursos, para a atenção hospitalar (MENDES, 2011; SOLLA; CHIORO, 2012). Para o seu funcionamento é necessário estabelecer normalização de ações, procedimentos e protocolos clínicos para nortear as ações da atenção básica e da atenção especializada (MENDES, 2011). Para qualificar o acesso na complexa gestão do sistema, a regulação constitui-se em um potente instrumento de intervenção na realidade, permitindo identificar os pontos de estrangulamento da assistência, visando a consolidar o acesso de maneira mais equitativa e justa para o usuário (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

O acesso aos serviços especializados ou de média complexidade tem sido destacado, por pesquisadores e gestores, como um dos principais obstáculos para a efetivação da integralidade do SUS (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

As expectativas e o planejamento de longo prazo para a saúde no Brasil podem ser algo ainda mais desafiador para a esfera administrativa e de gestão. O aumento da expectativa de vida, bem como as mudanças demográficas e sociais apontam para uma mudança do perfil epidemiológico da população. As doenças crônicas, como as cardiovasculares, do trato respiratório, neoplasias e diabetes terão maior prevalência, e isso é um alerta para as autoridades devido à gravidade dessas patologias e por serem mais onerosas para o sistema de saúde (CAMPOS, 2018; MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, J., 2011).

O absenteísmo na atenção especializada tem chamado à atenção dos gestores do SUS no Brasil, contribuindo para o aumento da fila de espera para o atendimento, somado aos pacientes faltosos que tendem a voltar para a fila, acarretando diminuição e aproveitamento da oferta, aumentando o tempo de espera para um novo agendamento (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010). Atualmente os desafios para a oferta de serviços na atenção especializada são inúmeros e, possivelmente, serão agravados pelas consequências da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que limita os gastos públicos por 20 anos e pode dificultar o incremento de recursos para a saúde e demais políticas sociais, representando uma grande ameaça a essas demandas. Os cortes orçamentários poderão repercutir nos indicadores de saúde da população (GARCIA, 2016; HOLST; GIOVANELLA; ANDRADE, 2016).

Os gastos com saúde são cada vez mais crescentes e tem ocupado um importante lugar na agenda dos gestores públicos, onde o desafio maior é a disputa por orçamento público e eficiência na alocação. Os problemas relacionados ao financiamento são considerados os maiores desafios ao longo do processo de implantação SUS, destacando que a escassez de recursos tem sido um problema permanente (UGÁ *et al.*, 2003; MARQUES; MENDES, 2005). De acordo com Vieira e Sá e Benevides (2016), a insuficiência do financiamento do SUS é um problema crônico, que tem se agravado nos últimos dois anos.

Diante das dificuldades na garantia do acesso, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES) vem enfrentando, nos últimos anos, um problema frequente, que é o não comparecimento dos usuários agendados para as consultas

exames especializados, o que causa impactos negativos na gestão dos serviços e prejuízos diversos. A falta às consultas e aos exames, ou seja, o absenteísmo dos usuários, sem qualquer comunicação prévia, compromete a resolubilidade do serviço, dificulta o acesso de outras pessoas, acarreta aumento do tempo da fila de espera, de modo que gera desperdício de recursos públicos no Sistema de Saúde. Além de prejuízos financeiros para a rede pública municipal e estadual, essa situação também acaba gerando custos sociais para outros usuários que precisam efetivamente de atendimento e que vão enfrentar demora em seu atendimento (FERREIRA, 2015).

Na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo (RSM-ES), segundo os dados da SESA-ES, no primeiro semestre de 2015, dos 174.647 procedimentos ofertados pela Central de Regulação de Consultas e Exames Ambulatoriais, ocorreram 66.824 faltas, representando 38% de absenteísmo, somados consultas e exames especializados (FERREIRA, 2015).

Considerando as restrições orçamentárias e a necessidade de se obter um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis, é fundamental que a gestão pública utilize ferramentas da economia<sup>1</sup> para auxiliar no planejamento e tomada de decisão, visando a alocar melhor e otimizar seus recursos sem comprometer a qualidade do serviço prestado.

Portanto, o enfrentamento do absenteísmo é uma das estratégias de minorar o desperdício, corroborando com a dimensão da responsabilidade social e o grande desafio de financiá-lo, uma vez que o SUS é responsável pelo acesso à saúde de 75% da população do Brasil (CAMPOS, 2018).

---

<sup>1</sup>-Dois conceitos de Economia geralmente encontrados nos manuais de economia:

-Ciência que estuda como otimizar os recursos escassos frente a necessidades crescente;

-Ciência que estuda como os homens se organizam para produzir e distribuir a riqueza.

Buscando contribuir e estimular essa discussão, a dissertação é pioneira ao estimar o impacto monetário da falta a consultas e procedimentos de Atenção especializada agendados no SUS (absenteísmo), no Estado do Espírito Santo, na RSMES nos anos de 2014 a 2016. Isso poderá estimular o debate sobre o absenteísmo como fator de desperdício no SUS.

## **2 A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE E A REGULAÇÃO**

### **2.1 Integralidade**

No ano de 1988, no ápice do Movimento da Reforma Sanitária, foi criado o SUS por meio da Constituição Federal (CF), traduzindo-se na mais completa política pública de inclusão e na maior conquista política social que o país já pôde vivenciar no campo da saúde pública (SIQUEIRA; BUSSINGUER, 2010). Segundo essas autoras, por seus princípios éticos e doutrinários, organizativos e operacionais fundamentados na cidadania, o SUS nasce com um conceito ampliado de saúde.

Dentro dessa realidade, em 1988, a CF trouxe o princípio da integralidade como um dos princípios norteadores do SUS, vindo a ser definido legal e institucionalmente na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) como “[...] um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos, curativos, individuais e coletivos em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1996, p. 22932).

A integralidade constitui-se num princípio e, ao mesmo tempo, numa diretriz para a organização do SUS, sendo uma meta que impõe desafios de várias ordens de dificuldades para serem alcançados no Brasil. Assim, a organização das ações e serviços de atenção à saúde devem garantir a integralidade da atenção, obedecendo aos princípios de regionalização e hierarquização (BRASIL, 1990).

O conceito de integralidade abrange várias dimensões, incluindo a garantia da assistência nos três níveis de atenção à saúde e a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação (GIOVANELLA *et al.*, 2002). Pode-se dizer que a integralidade remete ao conceito de integração das ações e serviços de saúde por meio de redes assistenciais, uma vez que, isoladamente, não reúnem em si todos os recursos e as competências necessárias para a solução das necessidades de saúde

(HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Para que ela se efetive, é necessário que o conjunto de estabelecimentos que compõem a rede de serviços de saúde atue de forma articulada, provendo o desenvolvimento de ações com vistas a garantir a integralidade do cuidado (GIOVANELLA *et al.*, 2002).

Apesar de o SUS ter avançado ao longo dos anos, a integralidade é um dos princípios de grande complexidade e dificuldade de operacionalização, e nem sempre é conhecida e praticada pelo profissional de saúde (SILVA; RAMOS, 2010). Do ponto de vista de construção conceitual e prática da Reforma Sanitária, é o princípio doutrinário mais desafiador. Está diretamente ligado à forma de os serviços se organizarem, envolvendo os saberes dos profissionais, usuários e da comunidade, buscando unir, nos planos da gestão e da assistência, a qualidade técnica do trabalho ao sentido político de direitos e cidadania envolvidos na construção de um cuidado efetivo à saúde, sendo necessário repensar o processo de trabalho e construir novos saberes (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010; KALICHMAN; AYRES, 2016).

De acordo com Pinheiro (2003), a integralidade em saúde é uma ação social resultante da interação entre profissional e usuário no cotidiano de suas práticas, levando em consideração os aspectos objetivos e subjetivos na oferta do cuidado de saúde. A construção do significado e do sentido da Integralidade pela autora é concebida como uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço do encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado e em defesa da vida. Além disso, Mattos (2004) acrescenta que a integralidade é pouco visualizada na trajetória e nas práticas do SUS. O autor destaca que as mudanças acontecem pontualmente, mas ainda não alcançaram a visibilidade de que tanto se necessita, na totalidade do sistema.

Na atualidade, as demandas em saúde são crescentes. Estudos de avaliação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) indicam que a integralidade permanece como um desafio a ser solucionado, quando se evidencia que a extensão da cobertura da atenção básica aumentou a demanda da atenção secundária (ESCOREL *et al.*, 2007; TRAD; BASTOS, 1998). Somado a isso, temos o aumento da população idosa e de suas demandas para um envelhecimento saudável, que são desafios potencializados

pela persistência das doenças transmissíveis, pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e pela crescente demanda decorrente das causas externas (DUARTE; BARRETO, 2012).

No entanto, para gestores e pesquisadores, o acesso aos serviços de média complexidade tem sido destacado como um dos entraves para a construção e efetivação da integralidade do SUS (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Considerando os custos crescentes na saúde, os gestores estaduais têm se defrontado no seu cotidiano com o dilema da garantia do acesso, da qualidade e resolutividade por meio da conformação de redes de atenção à saúde, de forma equânime e integral, dentro do quadro de insuficiência financeira (MENDES, 2010). Apesar de significativa redução de desigualdades do acesso, o SUS ainda está distante do seu ideal de igualdade (PAIM, 2018), e o desafio é grande, considerando que o SUS possível ainda está longe do SUS necessário (SOUZA, 2009).

Para avançar e atingir a integralidade, são necessários arranjos que articulem a regulação com a efetiva produção da rede de atenção à saúde e que atuem na articulação e coordenação da rede que está em constante transformação e movimento (BADUY *et al.*, 2011).

Nesse sentido, podemos supor que os desafios para efetivar a integralidade não são poucos nem pequenos, visto que abrangem o plano da atenção, da gestão ou da construção de políticas (KALICHMAN; AYRES, 2016), e, nesse sentido, o absenteísmo a consultas e exames seria uma barreira para efetivação da integralidade.

## **2.2 Regulação no sistema de saúde brasileiro**

O conceito de regulação é derivado da economia e tem como significado o controle sobre falhas de mercado, observando-se a relação de mercado entre a oferta e a demanda (BARBOSA, D.; BARBOSA, N.; NAJBERG, 2016). De uma maneira geral, os estudos na área de regulação, têm evidenciado especialmente sua dimensão econômica que, mediante as mudanças políticas, sociais e econômicas ocorridas ao

longo do tempo, vem aprimorando o conceito de regulação (BARBIERI; HORTALE, 2002).

Na perspectiva da economia, a regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir “falhas de mercado”, utilizando instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle (SANTOS; MERHY, 2006). Os autores justificam que as falhas ocorrem quando as condições ideais de competição, centradas na “lei da oferta e da demanda”, não estão em perfeita sintonia.

A regulação surge como uma maneira de propiciar eficiência econômica e estaria a serviço dela (SALGADO, 2003), sendo entendida como um instrumento fundamental para a manutenção do equilíbrio de qualquer sistema. Desta forma, a regulação englobaria tanto o ato de regulamentar/elaborar leis, regras, ou normas, quanto as ações e técnicas que garantem o cumprimento dessas leis, quais sejam, fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

O termo “regulação” é frequentemente usado quando se refere aos serviços que funcionam sob a concessão do Estado. A regulação estatal acontece assim, quando o Estado exerce seu papel de “mediador coletivo” para garantir a satisfação das demandas e necessidades da população (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Quando se trata do setor saúde nas sociedades humanas, esse setor pode ser visto como um dos setores da atividade econômica e, portanto, do mercado, que pode apresentar falhas a justificar a intervenção do Estado (CASTRO, 2002). Nesse sentido, a regulação é uma das três macrofunções dos sistemas de serviços de saúde, em conjunto com o financiamento e a prestação de serviços (BARBIERI; HORTALE, 2002)

De acordo com Santos e Merhy (2006), o “ato de regular em saúde” é parte integrante do campo de prestação de serviços, em que é exercido pelas instituições que provêm ou contratam serviços de saúde. Os autores complementam que o conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde apresentam vários

entendimentos. Nesse caso, a regulação pode ser entendida como a capacidade em responder sistematicamente às demandas de saúde em seus diferentes níveis e nas diversas etapas do processo assistencial, como instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, visando a disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada (BRASIL, 2006).

No Brasil, a regulação em saúde como ferramenta de gestão, tem sua trajetória histórica antes mesmo da implantação do SUS. Com a sua instituição, por meio da CF de 1988, ganham forças as ações de regulação, controle, avaliação e auditoria, conforme descrito no artigo 197:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988, não paginado).

Esse artigo da Constituição introduz a noção de regulamentação na saúde na medida em que propõe certa regulamentação das ações e dos serviços de saúde, bem como sua fiscalização.

Na sequência, a Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, determina em seu artigo 15, que União, estados, Distrito Federal e municípios devem definir as instâncias de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde e, em outros artigos, especifica as competências de cada ente federado. Entretanto, essa lei aborda de forma geral as ações de regulação, sendo necessárias outras normatizações que passam a surgir com as Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991, 1992 e 1993. Essas ações passam a ser um pouco mais detalhadas e especificadas, com uma participação pequena dos estados e municípios, que apenas repassavam os dados quantitativos da produção ambulatorial e hospitalar (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006). Com a NOB/1993, consolida-se uma das diretrizes do SUS, que é a municipalização, trazendo mais um desafio para os municípios, o de ser gestor local, cabendo-lhes a responsabilidade de organizar sua oferta assistencial frente à sua demanda, assumindo o papel de planejamento e direcionamento do sistema de acordo com as suas particularidades em cada região.

Outro fato importante no período que impulsionou a descentralização foi a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1993, e a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). A regulação passa a se desenvolver e alcançar as esferas estadual e municipal (BRASIL, 1995).

A NOB/1996 trazia as condições de gestão avançada e plena do sistema para os estados e municípios, a Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema. Com isso, foram obrigados a criar estruturas e comprovar a capacidade de desenvolver ações de controle, avaliação, contratação, pagamento de serviços e auditoria, entretanto as ações acabaram ficando muito restritas ao controle do gasto do teto financeiro repassado pelo Ministério da Saúde (MS). Todos os recursos passaram a ser transferidos fundo a fundo de forma automática segundo as exigências de habilitação. Assim, paulatinamente, parte dos recursos deixaram de ser transferidos de forma vinculada à produção de procedimentos e os recursos passaram a ser repassados vinculados à base populacional e/ou a série histórica (BRASIL, 2007a).

Contudo, novos instrumentos legislativos foram surgindo ao longo do tempo para contribuir para a regulação do Estado, quando por meio da Lei 9.656/1998, regulamentaram-se os planos de saúde e posteriormente, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (Lei 9.961/2000) e a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (Lei 9.782/1999). A ANS foi criada como um órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades da assistência suplementar à saúde (BRASIL, 2000a).

O debate mais aprofundado sobre regulação iniciou-se a partir de 2001, quando o Ministério da Saúde do Brasil, entendendo a necessidade de se organizar os fluxos intermunicipais e a regionalização da assistência, por meio de uma rede hierarquizada, instituiu a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002, que reforçaram e qualificaram os papéis do controle, da avaliação e auditoria, suas interfaces e correlações e introduziu o conceito de regulação assistencial. Elas ampliaram a responsabilidade dos municípios sobre a atenção básica e designaram à

União e aos estados a gestão da média e alta complexidade (MAC) dos serviços públicos de saúde (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

Segundo Santos e Merhy (2006), as NOAS e suas portarias regulamentadoras, fortaleceram o papel de regulação nos estados em detrimento do processo de descentralização para os municípios, restringindo a regulação à assistência de média e alta complexidade, além de manter a separação entre as atividades de controle e avaliação.

Com a instituição do Pacto pela Vida – publicado pela Portaria nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla áreas prioritárias do SUS, reafirmando a importância de seus princípios e diretrizes, principalmente, em relação à regionalização, descentralização e aos instrumentos de planejamento e programação, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) –, ganha destaque a instituição de uma Política Nacional de Regulação, detalhada no manual de implantação do Ministério da Saúde (MS), que passa a ser entendida como um dos instrumentos necessários ao aprimoramento da gestão do sistema a ser desenvolvida nas três esferas de gestão, União, estados e municípios (BRASIL, 2006).

Após o Pacto de Gestão de 2006, a regulação no SUS se fortalece, e tem como principal finalidade a busca de maior autonomia para os estados e municípios no que tange aos processos normativos do SUS, definindo as responsabilidades em cada esfera de governo e contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada.

Apesar de a regulação em saúde assumir um papel cada vez mais importante na rede SUS e as discussões a esse respeito acontecerem desde 2005, somente em 2008, o MS edita a Portaria nº 1.559, de 01 de agosto de 2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS. Essa política propõe a superação das deficiências conceituais, práticas e de finalidades, visando à articulação e integração das ações de controle, avaliação e auditoria com outras ações de regulação (BRASIL, 2008). Assim, a regulação estatal passa a ser entendida como aquela em que o Estado, nos três níveis de governo, age sobre a produção de bens e serviços de saúde, por meio das

regulamentações e demais ações que garantam o cumprimento destas, como regulação do acesso, monitoramento, controle, fiscalização, avaliação e auditoria. Assim, a regulação abrange três dimensões: Regulação sobre Sistemas, sobre a Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência (BRASIL, 2008).

A prestação de serviços na área da saúde destaca-se como um dos setores mais problemáticos para o exercício da regulação pelo Estado. O papel da regulação não pode se resumir somente ao ato de regulamentar, ele vai mais além, considerando que engloba diversas ações que verificam se a produção em saúde se dá conforme as regras estabelecidas (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

Assim, a regulação contribui com a identificação do absenteísmo tornando-se um auxiliar da gestão visando ampliar a assistência na atenção especializada.

### **2.3 Regulação do acesso à assistência**

A regulação do acesso à saúde é utilizada pelo Estado como um importante instrumento de gestão pública com o objetivo de alcançar a eficiência, a equidade e o equilíbrio entre a oferta, a demanda e o financiamento, sendo ainda um processo que precisa de aprimoramento para garantir qualidade na atenção à saúde (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

A desorganização do fluxo é uma realidade presente em diversos locais da atenção à saúde e torna-se um problema a ser enfrentado na realidade do SUS. Várias são as reclamações em relação aos limites do acesso, à qualidade e às carências na atenção de média e alta complexidade (DALLORA; FOSTER, 2008; FARIAS *et al.*, 2011).

A pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2011, que estudou a percepção dos usuários em relação aos serviços públicos identificou que um dos principais problemas que apareceu em relação ao SUS foi a demora para conseguir consulta na atenção especializada (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011). Em outra pesquisa realizada em duas cidades do ABC Paulista, identificou que a dificuldade do acesso à média e alta complexidade, o tempo de espera para o atendimento e sensação de impotência compartilhada com

os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), são os principais problemas vividos pelos usuários dos SUS nas cidades pesquisadas (CECILIO *et al.*, 2012). Outro estudo na cidade de São Paulo identificou que o acesso à atenção secundária é um dos maiores entraves para se concretizar a integralidade do SUS, visto que não há equilíbrio entre a oferta e a demanda (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010). Podemos concluir que o acesso na atenção especializada é complicado no SUS.

Entretando, sob outra perspectiva, a atenção básica deve cumprir três papéis fundamentais nas redes de atenção à saúde: resolver mais de 85% dos problemas de saúde da população, ter a capacidade de orientar os fluxos e contrafluxos dos usuários e acolher sua população e responsabilizar-se por ela (MENDES, 2011), o que significa, atender o cidadão em todas as suas necessidades de saúde. Assim, compete às Secretarias Municipais de Saúde organizar esse fluxo dos usuários e garantir as referências aos serviços especializados e mais complexos, com maior densidade tecnológica (BRASIL, 2006). Uma vez definidas e pactuadas as regras de referenciamento intraestaduais, intramunicipais e/ou interestaduais com a garantia de financiamento das ações por meio da PPI, torna-se imprescindível a regulação desses fluxos nos espaços e funcionalidades das centrais de regulação.

Vale destacar, que do ponto de vista político, os processos de regulação são disputados e submetidos a várias pressões, tensões e conflitos, sendo necessário estabelecer pactos entre os setores envolvidos para modular a política e equacionar as demandas sociais (FARIAS *et al.*, 2011). Portanto, a Regulação do Acesso pode ser sintetizada como o “conjunto das relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a esses” (BRASIL, 2006, p. 43).

A regulação tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. É efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão. Esta dimensão contempla as ações de regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; padronização das solicitações de procedimentos por

meio dos protocolos assistenciais; e o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados (BRASIL, 2008).

Ainda nessa dimensão:

[...] a regulação assistencial consiste em oferecer a melhor opção de atenção possível para determinada demanda. Trata, então, de organizar e garantir o acesso dos usuários e suas demandas aos vários serviços ofertados pelo sistema de atenção (MAGALHÃES JUNIOR, 2006, p. 76).

A articulação das redes de saúde é fundamental para operacionalizar as ações de regulação do acesso, através das centrais de regulação, que por sua vez, fazem parte do Complexo Regulador. Os complexos reguladores são uma das estratégias da regulação do acesso, consistindo na articulação e na integração de centrais de atenção às urgências, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico terapêutico, implantadas sob orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definido (BRASIL, 2008; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Portanto, a regulação do acesso constitui-se em um potente instrumento de intervenção na realidade, permitindo às instâncias de gestão regular o perfil assistencial mais adequado às necessidades epidemiológicas locais. Os autores complementam que a regulação permite identificar os pontos de estrangulamento da assistência, visando consolidar o acesso de maneira mais equitativa e justa para o usuário (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012). O sistema de regulação vem permitindo aos gestores conhecer o tamanho das filas de espera e do absenteísmo mediante os dados produzidos, orientando a gestão na busca por soluções, considerando que o absenteísmo pode aumentar a fila (CAVALCANTI *et al.*, 2013).

#### **2.4 Organização da rede assistencial**

Após a primeira Guerra Mundial, surge na Inglaterra a necessidade de mudanças no sistema de proteção social. Buscando organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população da região, é proposta uma rede regionalizada de serviços, apresentada com detalhes pelo Relatório Dawson, que foi publicado em 1920

(DAWSON, 1920). É um relatório abrangente e de profundidade, aborda discussões da agenda atual, e na sua introdução, destaca que os objetivos só seriam alcançados se tivessem uma nova organização na assistência à saúde, como uma relação estreita entre medicina preventiva e curativa (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Esse documento se baseava no princípio do Estado como provedor e controlador de políticas de saúde, segundo o qual os serviços de saúde seriam responsáveis por ações preventivas e terapêuticas em regiões específicas, ou seja, já existia o embrião da regionalização dos serviços de saúde (SILVAJUNIOR, A., 1997).

Esse relatório inspirou as discussões para a criação do SUS. Na constituição de 1988, o artigo 198 propõe ações integradas em saúde quando diz:

[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, pautado na descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988, não paginado).

Apesar de estar na constituição, somente em 2010, estabelecem-se diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), conceituadas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que são integradas por meio de sistemas de apoio técnico logístico e de gestão e buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a, p. 89).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) tem atribuído forte destaque à formação de redes de atenção em suas atividades e documentos de referência visando estimular o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde. Diversos esforços de agenda convergiram para a formulação, em 2008, de um marco conceitual e operativo intitulado *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas*. Esse marco resulta do debate qualificado de especialistas e gestores de centenas de países que, em oficinas de consulta regional, aprofundaram o conhecimento atual sobre o tema (OUVERNEY; NORONHA, 2013). Nesse documento, a OPAS defende a imprescindível necessidade de integração e a superação da fragmentação pela constituição de redes de serviços de saúde.

Entende-se por rede um conjunto de pontos de atenção, constituída por equipamentos assistenciais de saúde: unidades de saúde, centros de especialidades, centros de referência, hospitais, e outros, ligados entre si por suas características tecnológicas, por fazerem parte de um mesmo projeto assistencial e por serem responsáveis por abordar um elenco de necessidades semelhantes, porém com competências distintas. Essa rede pode, ainda, extrapolar os muros dos municípios, sendo caracterizada muitas vezes em âmbito regional e até mesmo estadual, a fim de otimizar os recursos necessários para o atendimento das necessidades da população (MENDES, 2011). A obra desse autor sobre as RAS foi editada com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Segundo esse autor os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma ótima.

Essa rede configura-se assim, em um desenho institucional que deve estar em equilíbrio com o critério de acesso aos serviços. Sua organização exige a definição da região de saúde com suas delimitações geográfica e populacional e o rol de ações e serviços disponíveis de acordo com as diretrizes pactuadas nas comissões intergestores (BRASIL, 2010a).

Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004), a rede assistencial significa a integração entre os diferentes subsistemas, garantindo a não interrupção na atenção à saúde e a totalidade dos serviços requeridos por profissionais e organizações, possibilitando, assim, uma coordenação comum e uma atenção contínua, norteadas por um sistema de informações ágil e flexível, capaz de tomar decisões sobre o compartilhamento de responsabilidades, atribuições e recursos financeiros.

Mendes (2010) destaca que uma rede de saúde integrada proporciona cuidado contínuo e coordenado e que há evidências na literatura internacional de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários e ainda reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde.

A construção das RAS é uma estratégia essencial para consolidar o SUS e dar sustentabilidade às suas ações, sendo um mecanismo de aperfeiçoamento político-institucional, gerencial e das formas de organização da assistência (DUBOW; BASTOS, 2013). Isso significa que para consolidar as redes de atenção é necessária e imprescindível a sensibilidade política dos gestores da saúde com o compromisso de construir um novo modelo de atenção.

Visando à reorganização da política assistencial no estado do Espírito Santo (ES) na Atenção Primária, Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar, a SESA-ES iniciou, em 2017, a implantação da chamada “Rede Cuidar”. Foram implantadas 04 unidades no estado até 2018, sendo a previsão, até o final do ano de 2019, que todas as regiões do Estado terão uma unidade funcionando.

O objetivo é fazer com que o usuário seja atendido na sua própria região de saúde, evitando longos deslocamentos pelas estradas para ter acesso aos serviços de saúde. Além disso, a intenção é, também, que a região de saúde se organize para administrar, em conjunto com a SESA-ES, a prestação de serviços de saúde na região, gerando economia de escala e escopo e ganhos de governabilidade política e de regulação. Espera-se que a nova organização dos serviços em rede, ao levar a atenção especializada para perto do usuário e, com isso, possibilitar a redução dos encaminhamentos desnecessários à média complexidade, com redução nas filas de espera, priorize os pacientes que realmente necessitam do atendimento especializado possibilite uma maior eficiência alocativa de recursos, contribuindo com a redução do absenteísmo e o desperdício de recursos financeiros (ESPÍRITO SANTO, 2015).

## **2.5 Gestão no financiamento do SUS**

A partir da década de 1990, com as leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei 8.142, de 21 de dezembro de 1990, os municípios passaram a assumir progressivamente responsabilidades da gestão do SUS, antes atribuídos ao Estado. Inicia-se a descentralização da saúde no Brasil, na qual o governo federal passa a dar maior autonomia aos estados e municípios. Com a descentralização das ações e dos serviços, os estados e os municípios passam a receber as transferências dos recursos financeiros federais do Ministério da Saúde (MS), ficando a cargo do

gestor a administração e a garantia de serviços para a sua população, sendo necessário cumprir as metas dos programas nacionais (FONSECA; FERREIRA, 2009).

O marco da descentralização foi à operacionalização da Norma Operacional Básica, NOB-01/1993, sendo implementado um modelo de repasse de recursos de acordo com a produção de serviços e criando-se diferentes tipos de gestão municipal (incipiente, parcial e semiplena) com responsabilidades e requisitos a serem cumpridos e prerrogativas a serem usufruídas. Com isso, instituiu-se o mecanismo de repasse Fundo a Fundo, isto é, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Estadual e Municipal de Saúde de acordo com a produção de serviços, mediante a opção de pactuação (MENDES; SANTOS, 2000). As normas operacionais foram sendo editadas com a finalidade de viabilizar a descentralização do SUS.

Em cada NOB, novas formas de gestão do sistema foram sendo introduzidas e, com elas, novos formatos de alocação de recursos e aos poucos foram sendo adotadas por cada município, aumentando o grau de responsabilização de cada ente federado. A descentralização da política da saúde foi acontecendo gradativamente, assim como a descentralização do seu financiamento. Cada novo passo do SUS representava um nível diferente e progressivo de transferência de responsabilidades e autonomia de gestão com uma nova forma de transferência de receita da União para os municípios (MANSUR, 2001).

A partir dessa NOB 01/1996 a atenção básica foi priorizada, por meio da criação do Piso da Atenção Básica (PAB) com critério de financiamento diferente das formas de financiamento já existentes no MS (BRASIL, 1996). O PAB foi o primeiro programa a colocar em prática a redistribuição dos serviços de saúde, por ser repassado para os municípios de acordo com a população (*per capita*). O PAB permitiu a desconcentração dos recursos repassados pela União aos estados e municípios, garantindo o repasse regular e automático, de acordo com a população (MANSUR, 2001).

Com a finalidade de acompanhar a aplicação dos recursos, foi criado o Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) em 1999, pelo Ministério da Saúde, coordenado pela Secretaria de Gestão e Investimentos em Saúde, para gerar informações que garantissem o cumprimento da legislação relativa ao funcionamento e à efetividade do SUS. O sistema é composto por um banco de dados alimentado pela União, pelos estados e municípios anualmente e tem o objetivo de apurar as receitas totais e os gastos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). São essas declarações que garantem as transferências constitucionais de recursos (BRASIL, 2001).

Em 2000, foi aprovada a EC 29/2000, que estabeleceu as regras para o aumento gradual de recursos financeiros para as ASPS, assim o financiamento ganhou maior estabilidade, considerando que foram estipulados os percentuais mínimos constitucionais de aplicação de recursos da União, dos estados e municípios, atingindo, em 2004 para estado 12% e município 15%. Para a União, ao montante empenhado em ASPS no exercício financeiro de 1999 foi acrescido no mínimo 5% para ano subsequente (2000). Para o período correspondente de 2001 a 2004, passou a vigorar o montante aplicado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (SILVA; ROTTA, 2012).

Em 2007, a Portaria nº 204 de 29 de janeiro, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamentos, bem como seu monitoramento e controle. Foram estabelecidos seis blocos, sendo: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e serviços de saúde pactuados (BRASIL, 2007b).

O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade apresenta características específicas, concentrando a maior parte dos recursos financeiros, com maior financiamento federal, em virtude do uso de tecnologias de ponta e de profissionais especializados (PESCUMA JUNIOR; MENDES, 2015). É formado pelo Componente

Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e pelo Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), e tem uma importância financeira de grande magnitude perante os outros blocos de financiamento (BRASIL, 2007c).

A Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamentou a EC 29/2000, somente 12 anos após a sua aprovação. Essa lei definiu o que podia ser considerado como despesa em ASPS, deu ênfase aos processos de planejamento e controle social e à transferência regular e automática, por meio dos fundos de saúde para custeio e investimento. Os fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios foram constituídos em unidade orçamentária e gestora dos recursos recebidos, cabendo à União aplicar anualmente o montante de acordo com a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Já os estados e o Distrito Federal, aplicariam anualmente no mínimo 12% (doze por cento) da arrecadação direta dos impostos e os municípios, no mínimo 15% (quinze por cento). Na base de cálculo dos percentuais dos estados, Distrito Federal e dos municípios, está compreendida qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no §2º do art. 198 da CF, já instituída ou que viesse a ser criada (BRASIL, 2012a; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2013).

Apesar de alguns avanços com essa lei, não foram resolvidos grandes conflitos do financiamento, manteve-se o cálculo anterior da participação da União (valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB), e não foi aprovada a introdução de um percentual de 10% sobre a Receita Corrente Bruta (RCB) de recursos federais, conforme defendido há anos pelas entidades associadas à luta por uma saúde universal e pelo “Movimento Saúde + 10” (MENDES, 2013). Esse movimento visava assegurar a isonomia do financiamento nas três esferas de governo.

Mediante os argumentos da necessidade de ampliação da autonomia municipal e de agilização da gestão financeira da política, representantes dos gestores do SUS pactuaram, em 2017, alteração da forma vigente de repasse de recursos federais, que até então permanecia nos seis blocos de financiamento. O movimento para a

modificação no mecanismo de transferência de recursos federais para estados e municípios, no primeiro momento, chamado de SUS Legal, e, posteriormente, de unificação dos blocos de financiamento e de caixa único (JACCOUD; VIEIRA, 2018).

O resultado do movimento foi favorável e a Portaria Nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017, regulamentou que os recursos do FNS, destinados a despesas com ASPS, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, seriam organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: Bloco de Custeio das ASPS e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (BRASIL, 2017). Os repasses em dois blocos é muito recente, visto que iniciou em janeiro de 2018, e os municípios terão flexibilização no uso dos recursos em cada conta dos blocos de custeio e investimento durante todo o exercício, sugerindo, a princípio, uma flexibilidade nem sempre favorável no uso de recursos financeiros (VIEIRA, 2017).

Apesar dos avanços evidenciados nas legislações em relação aos recursos financeiros para o SUS, evidencia-se que tem sido insuficiente para dar suporte a um sistema público universal de qualidade, considerando que os gastos com serviços de saúde são crescentes. Segundo a pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conforme publicação “Conta-Satélite de Saúde 2010-2015”, as despesas com bens e serviços de saúde no País alcançaram R\$ 546 bilhões em 2015, o que representou 9,1% do Produto Interno Bruto (PIB), sendo que desse total, os gastos públicos em saúde (União, estados e municípios) com consumo final de bens e serviços de saúde somaram R\$ 231 bilhões (3,9% do PIB), enquanto os das famílias e instituições sem fins lucrativos que atendem à população ficaram em R\$ 315 bilhões (5,2% do PIB) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

O SUS dispõe de uma Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Estratégicos do SUS (Tabela SUS) que é utilizada em todo o território nacional pelos serviços públicos e pelos demais estabelecimentos da gestão indireta, que prestam serviço para a rede pública com vigência em todo país. (ALMEIDA; ALBERTON, 2005).

Na história do SUS, vários foram os constrangimentos sofridos no âmbito do financiamento. Os recursos públicos sempre foram insuficientes para garantir uma saúde pública, universal, integral e de qualidade (MENDES, 2013).

Segundo Paim (2018), o SUS convive com dilemas importantes ao longo da sua história que já deveriam ter sido equacionados, e o financiamento é um deles. Os recursos sempre foram escassos. O autor defende que o subfinanciamento público é um boicote passivo do governo ao SUS.

Considerando os desafios da atualidade na gestão do sistema, os recursos disponíveis precisam ser otimizados, em sintonia com a lógica de crise do governo atual. Segundo Giovanella *et al.* (2018), a EC 95/2016, que limitou por vinte anos o aumento do gasto público à inflação dos últimos doze meses medida pelo Índice de Preços ao Consumidor (IPCA), colocou em risco as bases constitucionais da seguridade social no país, em função do congelamento das despesas do governo de 2018 a 2038. Devido ao longo tempo previsto, as bases do SUS e das demais políticas sociais serão alteradas, face a restrições a que estão sendo submetidas, que descaracterizam sua acepção original na CF (BAHIA; SCHEFFER, 2018).

É importante destacar que a gestão financeira no SUS precisa avançar, sendo o uso dos recursos disponíveis de maneira eficiente um desafio. Assim, é importante identificar as causas do absenteísmo e buscar soluções viáveis para reduzi-lo levando em consideração ao desperdício de recursos que ele produz.

## **2.6 Modalidades de gestão dos serviços de saúde no SUS**

O Brasil tem um dos maiores sistemas público de saúde do mundo desde a década de 1990 vem sendo alvo das reformas neoliberais visando ao seu desmonte. Essas reformas são decorrentes dos reflexos das mudanças do mundo econômico na esfera global e das consequentes reformas sanitárias propostas pelos agentes financeiros internacionais, em especial Banco Mundial (BM), em parceria com o Fundo Monetário Internacional (FMI) (CORREIA, 2007). Essas reformas neoliberais estimulam uma universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde, com estímulos ao desmonte do SUS, ficando evidente o incentivo à privatização da saúde via

expansão do mercado privado de saúde. Para estimular a privatização, a justificativa é que o setor da saúde pública no Brasil é afetado por problemas de governança, má gestão e desempenho fraco das instituições de saúde (RIZZOTTO, 2000). O SUS, desde a sua constituição, sofre com a concorrência do setor privado e inúmeros constrangimentos, enfraquecendo a capacidade do Estado de garantir o direito universal à saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

Assim, os serviços de saúde no SUS são ofertados em rede própria (municipal, estadual, federal) ou em rede contratada (GLOBEKNER, 2011). Na sua conjuntura administrativa, estão presentes dois formatos jurídico-administrativos, que compõem a gestão pública e exibem inúmeras composições organizacionais, formatos de administração e modelos de gestão, alterados ao longo do tempo por meio de reformas, interpretações jurídicas, decisões políticas e legislações complementares federais, estaduais e municipais (SECCHI, 2009; RAVIOLI; SOÁREZ; SCHEFFER, 2018), podendo gerir, manter e prestar serviços de forma direta e indireta, inclusive mediante a participação complementar da iniciativa privada (BRASIL, 2010b).

A Administração Pública Direta pressupõe a atuação do Poder Executivo, de modo que as atividades gerenciais são desempenhadas pelo próprio Estado por meio das suas estruturas para regular a ordem social e econômica do país e é formada pelos Ministérios, Secretarias de Estado e Secretarias Municipais (BRASIL, 2011). Os serviços próprios do Estado são aqueles que se relacionam intimamente com as atribuições do Poder Público (segurança, polícia, higiene e saúde pública, etc.) e para a execução dos quais a Administração usa da sua supremacia sobre os administrados (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007; SECCHI, 2009).

Na Administração Indireta, o Estado delega a atribuição de gerir a entes personalizados que, mantendo o vínculo estatal, prestam serviços públicos ou de interesse público. É composta por entidades administrativas, dotadas de personalidade jurídica própria e autonomia administrativa, criadas mediante lei específica, para o exercício de finalidade e competências descentralizadas. Essas estruturas são criadas e extintas por lei ou mediante autorização legal específica e podem ter várias personalidades jurídicas, entre elas, autarquias, fundações,

empresas públicas e sociedade de economia mista, sendo que o Poder Público delega ou transfere a titularidade ou a execução de serviços (BRASIL, 2011; SECCHI, 2009).

Nesse contexto, a iniciativa privada possui participação no SUS em caráter complementar, mediante contrato regido pelo direito público, tanto com base na CF, pelo artigo 199, quanto por meio da Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990). Em consonância, a Lei nº 9.637/1998 (BRASIL, 1998a), que viabilizou as Organizações Sociais de Saúde, e a Portaria nº 1.034 (BRASIL, 2010b) que dispõe sobre a participação complementar de serviços privados, já indicavam a tendência do aparelho jurídico-político do Estado de incentivar a ampliação do setor privado no SUS (ROMANO; SCATENA, 2014).

Neste cenário jurídico-administrativo, manifestam-se, portanto, variados modelos de gestão, e a legislação brasileira admite a participação complementar do setor privado no SUS por meio de contratos administrativos, convênios e contratos de gestão, sempre que comprovar a necessidade desta cooperação mediante a impossibilidade de ampliação dos serviços próprios (BRASIL, 2010b), possibilitando também, complementar o valor da Tabela de Procedimentos Médicos e OPM (Tabela SUS), ao prestador, com recursos próprios, sem prejudicar o acesso (BRASIL, 2001).

O sistema privado é formado pelo o sistema de saúde suplementar e pode participar do SUS por meio do credenciamento da rede de serviços, conforme normas da legislação vigente. A Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com o objetivo de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde por meio da regulamentação das operadoras, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores (BRASIL, 2000a).

Em busca de maior agilidade e eficiência nos processos de gestão pública, entre os anos de 1995 e 1998, modelos alternativos de administração foram propostos como resultado do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), o qual estabeleceu a existência do terceiro setor, como estratégica para a Administração Pública no Brasil. Neste contexto surgem as Organizações Sociais de Saúde (OSS) que são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades são dirigidas à saúde, ao ensino, à pesquisa, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção

e preservação do meio ambiente e à cultura (COELHO, 2012). Seu principal objetivo é oferecer mais flexibilidade e autonomia ao serviço público, aumentar a eficiência e a qualidade do serviço tendo o Estado a obrigação do controle de resultados, via contrato de gestão pré-estabelecido, que deve conter metas de desempenho e aporte de recursos necessários para a execução das atividades pactuadas (RODRIGUES; SPAGNUOLO, 2014).

A parceria é firmada com o setor público mediante contrato de gestão, com a finalidade de gerir os serviços de saúde com maior autonomia gerencial e sem os entraves burocráticos. Ela ocorre a partir da concessão de bens móveis, imóveis e recursos humanos e financeiros (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015). Há controvérsias em relação à gestão da saúde por OSS, considerando que dificulta a implantação plena do SUS, eximindo o Estado da responsabilidade de garantir a assistência à saúde, evidenciado que não são complementares, e sim substitutivas da gestão estatal (TRAVAGIN, 2017).

No Brasil, a forma de relação mais antiga, tradicional e possivelmente a mais institucionalizada, entre Estado e "terceiro setor", é a filantropia. Na saúde, entidades filantrópicas detêm historicamente um papel relevante na assistência que as credencia a cumprir papel de relevo nas políticas públicas de universalização do acesso aos serviços de saúde (CANABRAVA *et al.*, 2007). As filantrópicas, são entidades sem fins lucrativos e de utilidade pública, de interesse social por estarem ao lado do Estado no desenvolvimento de atividade social, sendo uma alternativa para viabilizar maior oferta de serviços de saúde com ampliação da cobertura (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007).

Na tentativa de integrar os serviços de saúde disponíveis, privados e filantrópicos na conjuntura da descentralização do SUS, o Estado brasileiro delegou aos municípios a função de estabelecer contratos e convênios com esses prestadores (CAMPOS, 2008). Segundo Paim (2009), o setor privado, está visivelmente paralelo ao SUS, em várias situações, deixando o sistema de serviços de saúde no Brasil complexo e segmentado, comprometendo o acesso, a qualidade e a integralidade da atenção. A tendência à privatização é um problema ainda não resolvido, considerando que, na

atualidade, o SUS não tem condições de substituir o setor privado na sua cobertura (OCKÉ-REIS, 2016), principalmente na atenção especializada (SOLLA; CHIORO, 2012).

Assim, um dos grandes problemas do SUS, reconhecido também pelo governo federal, é a estruturação insuficiente e heterogênea da rede de cuidados especializados, tornando-a um gargalo na construção do Sistema (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010). A compra de serviços do setor privado complementar se dá principalmente nas demandas de profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos para apoio, diagnóstico e tratamento (SOLLA; CHIORO, 2012).

No Brasil, são poucas as publicações científicas que avaliam as diferentes modalidades de gestão de serviços de saúde no SUS. Em uma revisão narrativa sobre o tema, conclui-se que as publicações são restritas e concentradas, em sua maioria, no estado de São Paulo, sendo inconclusiva quanto à superioridade de um modelo de gestão sobre o outro. Assim, deixa uma importante lacuna sobre as características, o funcionamento e a eficácia dos arranjos e modelos em curso no sistema de saúde brasileiro (RAVIOLI; SOÁREZ; SCHEFFER, 2018). Um dos pontos importantes, é que o SUS precisa produzir informações de custos de forma sistemática para que se tenha subsídios mais concretos nas análises comparativas (VIEIRA, 2017).

A regionalização na saúde busca integrar os serviços públicos, privados e filantrópicos ao trabalho em rede, por meio da contratualização e regulação dos pontos de atenção, mediante as redes de atenção à saúde (MENDES, 2010). Apesar de esta estratégia buscar diminuir a fragmentação e a dificuldade da comunicação entre serviços e usuários, somente as redes não garante o pleno acesso aos serviços e não evita o absenteísmo (LIMA *et al.*, 2012; SOLLA; CHIORO, 2012).

## **2.7 Absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde**

Absenteísmo, segundo dicionário Michaelis (2019), significa o hábito de estar ausente da pátria ou do emprego ou, ainda, uma ausência decidida antecipadamente. É considerado um problema crônico e muito comum, tanto no setor público quanto no privado, e ocorre tanto na indústria quanto na saúde, quando analisamos dados de

trabalhos publicados nos últimos anos no Brasil e no exterior (BITTAR *et al.*, 2016; OENNING; CARVALHO; LIMA, 2014; OLESKOVICZ *et al.*, 2014; SATIANI; MILLER; PATEL, 2009). Nos estudos relacionados na área da saúde, o termo é mais frequente quando utilizado para fazer referência à falta dos profissionais ao trabalho. Em estudos mais recentes, observa-se uma aplicação do termo também para a ausência do usuário aos serviços de saúde (OLESKOVICZ *et al.*, 2014).

Segundo Santos (2008), o absenteísmo de usuários é o ato de não comparecer às consultas e/ou procedimentos agendados sem qualquer comunicação prévia ao local de realização. É considerado um problema mundial na assistência à saúde tanto no setor público como no privado, de acordo com trabalhos publicados no Brasil (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; CAVALCANTI *et al.*, 2013) e no mundo (ELLIS; JENKINS, 2012; GIUNTA *et al.*, 2013; JABALERA MESA; MORALES ASENCIO; RIVAS RUIZ, 2015; PATERSON; CHARLTON; RICHARD, 2010; NOUR EL-DIN; AL-SHAKHS; AL-OUDAH, 2008). Dantas *et al.* (2018), em revisão sistemática sobre o tema, apontaram uma taxa mundial de absenteísmo de 23%, sendo as maiores taxas encontradas no continente africano (43,0%), seguido pela América do Sul (27,8%), Ásia (25,1%), América do Norte (23,5%), Europa (19,3%) e Oceania (13,2%). No SUS, o absenteísmo revela-se um problema crônico, com taxas próximas ou superior a 25% (OLESKOVICZ *et al.*, 2014) atingindo percentuais altos em diversos tipos de atendimento e em especialidades médicas (BITTAR *et al.*, 2016).

O absenteísmo é associado a algumas causas, como esquecimento (CAVALCANTI *et al.*, 2013; IZECKSOHN; FERREIRA, 2014), falhas na comunicação entre o serviço e usuário, melhora nos sintomas de adoecimento (JABALERA MESA; MORALES ASENCIO; RIVAS RUIZ, 2015), agendamento em horário de trabalho (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; FERREIRA *et al.*, 2016; GONÇALVES *et al.*, 2015), falta de transporte e dia da semana agendado (ELLIS; JENKINS, 2012).

As consequências do absenteísmo incluem: prejuízos financeiros (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; ELLIS; JENKINS, 2012; GUROL-URGANCI *et al.*, 2013; JABALERA MESA; MORALES ASENCIO; RIVAS RUIZ, 2015), ociosidade da equipe,

aumento da demanda reprimida e demora para atendimento (STUBBS *et al.*, 2012), impactando no acesso do usuário aos cuidados em saúde (GIUNTA *et al.*, 2013).

O absenteísmo às consultas especializadas contribui para o aumento da fila de espera para atendimento, considerando que os pacientes faltosos tendem a voltar para a fila, o que acarreta diminuição do aproveitamento da oferta e, com isso, o tempo de espera para agendamento de consultas fica maior (SANTOS, 2008). Esse problema deve ser considerado como um fenômeno multicausal repercutindo nas relações de causa e efeito em todos os envolvidos: gestão, trabalhador e usuário (CAVALCANTI *et al.*, 2013).

No Brasil, nos estudos realizados, a ênfase maior é na atenção especializada, tanto médica como odontológica. Nas especialidades médicas, o estudo de Santos (2008), foi realizado em consultas e exames especializados, no município de Vitória da Conquista, na Bahia, e verificou que o índice de absenteísmo ficou em 27,5%, com maior índice para a primeira consulta. O estudo de Bittar *et al.* (2016), na cidade de São Paulo, identificou o índice de 34,4% de faltas nas consultas e procedimentos especializados. Com percentuais maiores, os estudos em consultas especializadas de Cavalcanti *et al.* (2013), no município de João Pessoa, encontraram o índice de 39,8% ano.

A pesquisa realizada por Izecksohn e Ferreira (2014), na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Manguinhos no Rio de Janeiro, identificou o índice de 48,9% de faltas em consulta médicas no período estudado e, após pesquisarem junto aos faltosos, constataram que os motivos alegados pelos usuários foram o esquecimento, o agendamento em horários inoportunos, as falhas na comunicação da Unidade Básica de Saúde (UBS) com o usuário e, por último, a impossibilidade de cancelamento à distância, o que exige que o usuário vá ao local para desmarcar. Assim, esses autores concluíram que, alternativas propostas pela gestão para reduzir o absenteísmo não resultam em mudanças expressivas se o usuário não for ouvido para entender a sua percepção sobre o problema.

Segundo Bender, Molina e Mello (2010), que pesquisou o absenteísmo na atenção secundária em Florianópolis, e encontrou índice de 34,4%, e identificou que os reflexos do não comparecimento dos usuários às consultas e exames especializados, repercutem também na atenção básica, o que leva a constatação de que há desperdício dos serviços realizados na UBS como a consulta, o trabalho da marcação, a entrega dos encaminhamentos pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou mesmo o custo do contato telefônico para a retirada do encaminhamento e, ainda, a repetição de todas as etapas quando o paciente reinicia o processo para a atenção especializada.

Considerando as especialidades odontológicas, os índices de faltas são significativos. Nos estudos de Gonçalves *et al.* (2015), o índice encontrado em consultas odontológicas na ESF em Piracicaba-SP foi de 19%. As pesquisas de Jandrey e Drehmer (2000) encontraram o índice de 41,6% e demonstram que o problema é antigo. As causas que mais aparecem na saúde bucal estão relacionadas ao desconhecimento, desinteresse com o tratamento odontológico, ao medo e à ansiedade (MELO; BRAGA; FORTE, 2011).

Segundo Bittare *et al.* (2016), o atendimento não efetuado é uma oportunidade perdida para outro usuário e também prejuízo monetário, podendo, a médio prazo, aumentar a fila de espera. Ainda sobre o autor, na pesquisa sobre absenteísmo no estado de São Paulo, ele identificou que as causas para as ausências, em sua maioria, são socioeconômicas e comportamentais. Evidenciou que o esquecimento da consulta representa 23,5%, no Instituto Dante Pazzanese, no período de 2011 a 2015. Ainda sobre o assunto, os trabalhos de Santos (2008) e Gonçalves *et al.* (2015), encontraram que os principais motivos para as faltas foram consultas agendadas em horário de trabalho e a não liberação pelo empregador.

Diante dos desafios para garantir o acesso e a assistência à saúde, a maioria das pesquisas busca entender o absenteísmo do usuário e propor alternativas para a sua redução, tanto no Brasil (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2015; SANTOS, 2008) e no mundo (GIUNTA *et al.*, 2013; GUROL-URGANCI *et al.*, 2013; JABALERA MESA; MORALES ASENSIO; RIVAS RUIZ, 2015).

Assim, o absenteísmo deve ser considerado como um fenômeno multicausal repercutindo nas relações de causa e efeito em todos os envolvidos: gestão, trabalhador e usuário (CAVALCANTI *et al.*, 2013).

Assim, contribuindo na busca por caminhos para reduzir o problema, Bender, Molina e Mello (2010), sugerem que o tema seja mais explorado por todos os envolvidos, como: mídia, gestão, usuário, lideranças e serviços. Diante dessas considerações, é possível inferir que o absenteísmo é uma fonte de desperdícios de recursos e deve ser quantificado, por meio dos custos dos procedimentos (BITTAR *et al.*, 2016).

## **2.8 Absenteísmo como fator de desperdício**

Estudos no Brasil e no mundo afirmam que o absenteísmo gera inúmeras consequências, como aumento da fila de espera e de demandas de urgência (FERREIRA *et al.*, 2016; IZECKSOHN; FERREIRA, 2014), inclusive prejuízos monetários para as instituições, sejam públicas ou privadas, na área da saúde (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; ELLIS; JENKINS, 2012; FYSH, 2002; GIUNTA *et al.*, 2013; GONÇALVES *et al.*, 2015; JABALERA MESA; MORALES ASENCIO; RIVAS RUIZ, 2015; SATIANI; MILLER; PATEL, 2009), tornando-se um fator de desperdício.

O relatório “O Financiamento dos Sistemas de Saúde”, de 2010, da OMS, revela que de 20% a 40% de todos os gastos em saúde são desperdiçados por ineficiência, recursos estes que poderiam ser redirecionados para atingir a cobertura universal. Segundo o relatório, ter financiamento não é suficiente para garantir a cobertura universal. O requisito fundamental é assegurar o uso de modo eficiente, sendo que o desafio maior é promover a eficiência e eliminar o desperdício. Ainda na mesma abordagem, o desperdício pode ser entendido como o resultado gerado por diversas causas, podendo destacar o uso indiscriminado de medicamentos, equipamentos e infra-estrutura (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

O aumento dos gastos e custos com a atenção à saúde é justificado pelo crescente envelhecimento populacional, incremento em tecnologias novas e mais complexas, pela mudança no perfil epidemiológico, pelo aparecimento de novas doenças e pelo aumento da prevalência das doenças crônicas degenerativas e da cobertura da

assistência (DUNCAN *et al.*, 2012; SCHMIDT *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2018). As causas externas – em destaque, o crescimento da violência – representam o maior e mais difícil desafio no novo perfil epidemiológico (DUARTE; BARRETO, 2012). Os autores complementam que, somado a isso, é crescente o grau de consciência de cidadania, e a população cada vez mais vem exigindo respostas em relação aos seus direitos constitucionais.

O aumento dos custos com os cuidados em saúde está muito relacionado às tecnologias, que, com muita frequência, não são substitutivas e tendem a ser acumulativas, acarretando, assim, um aumento nas despesas proporcional aos conhecimentos e equipamentos utilizados, alavancando o crescimento do setor de serviços da saúde (VIANNA; CAETANO, 2005; SOLLA; CHIORO, 2012).

Segundo Pinheiro e Guizardi (2003), os modelos fixos e os fluxos centralizados caracterizam o modo tradicional das organizações políticas de saúde, em que o modelo busca diagnosticar as demandas, como sendo as reais necessidades, com base nos critérios técnicos objetivos, com resultados quantificáveis, geralmente negando as práticas “eficazes” decorrentes da interação dos sujeitos envolvidos no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, podemos evidenciar que o absenteísmo dos usuários acarreta prejuízos sociais e monetários, considerando que a fila de espera tende a crescer e o impacto monetário do serviço não utilizado não é quantificado (BITTAR *et al.*, 2016).

Segundo Fernandes (2011), em um hospital público de Uberlândia, uma em cada quatro pessoas não comparece à consulta, gerando um valor não recebido de repasses do SUS equivalente a R\$ 1,1 milhões em 2011. De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, o absenteísmo de pacientes, no ano de 2016, causou um impacto monetário de pelo menos R\$ 13,4 milhões, considerando as 20 unidades sob a responsabilidade do governo estadual e municipal com mais de 100 mil habitantes (WENZEL, 2018). A estimativa do valor gerado é em decorrência da produção não faturada, inviabilizando o repasse dos recursos pelo governo federal.

No Reino Unido, segundo o pesquisador Fysh (2002), a perda contabilizada anualmente com o absenteísmo de pacientes é em torno de 900 milhões de euros por ano (600 milhões de euros do ambulatório clínico geral e 300 milhões de euros no ambulatório hospitalar). O autor considerou a taxa de absenteísmo mínima de 10% para efeito de cálculo. Ainda nesse país, o trabalho de Martin, Perfect e Mantle (2005), identificou que mais de 12 milhões de consultas na atenção primária são desperdiçadas a cada ano, e equivale a 6,5% das consultas realizadas. O absenteísmo dos usuários nas consultas é amplamente percebido como um desperdício de recursos em torno de 162 milhões de libras por ano e uma barreira potencial para a realização do cumprimento do plano de meta do *National Health System* de acesso em 48 horas.

Nos Estados Unidos da América, Satiani, Miller e Patel (2009) fizeram um estudo do impacto monetário atribuído ao absenteísmo em um serviço laboratorial vascular não invasivo e identificou que anualmente as perdas eram de noventa mil dólares por ano. Por um lado, outros pesquisadores, Jabalera Mesa *et al.* (2015), que pesquisou na agência sanitária Costa do Sol, na Espanha, constataram que, de 2014 a 2015, a taxa de absenteísmo em consultas foi de 13,8%, com um prejuízo de 3.386.919 euros, que foram comprometidos com o absenteísmo. Por outro lado, são escassos estudos que abordem o absenteísmo como fonte de desperdício e apliquem avaliação econômica e métodos analíticos dos serviços não executados de modo a evidenciar o desperdício que ele causa (ELLIS; JENKINS, 2012). As publicações em sua maioria, abordam as causas e estratégias para a sua redução, sendo enfáticas ao afirmar que causam prejuízos monetários, geralmente com abordagens apoiadas em evidências empíricas (GIUNTA *et al.*, 2013).

Os problemas que envolvem a gestão da saúde são históricos. Desde a década de 1990, pesquisadores e chefes de governo, preocupam-se em verificar a qualidade e a eficiência da prestação de serviços de saúde no setor público (FONSECA; FERREIRA, 2009). Nesse contexto, podemos destacar o trabalho de Castiel (1990), que evidenciou que, cada vez mais, torna-se necessário utilizar-se de técnicas e métodos que contribuem para a avaliação da eficiência do setor.

Entende-se eficiência, nesse contexto, como a otimização dos recursos utilizados (tecnológicos, humanos e de capital) para a obtenção dos resultados planejados (FONSECA; FERREIRA, 2009). O termo eficiência, na linguagem da economia, refere-se à otimização de recursos e à ausência de desperdícios, isto é, aproveita-se o máximo de recursos para atender às necessidades de indivíduos e organizações (PINDYCK; RUBINFELD, 2010).

A preocupação com a eficiência na administração pública direta ou indireta está expressa em nossa CF, quando menciona, em seu artigo 37, que, de uma forma geral, obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, e destaca, no artigo 70, a economicidade e a necessidade da existência de controles, interno e externo, de cada poder (BRASIL, 1988). É necessário observar a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), em seu parágrafo 3º do artigo 50 que estabelece que: “[...] a administração pública manterá sistemas de custos que permita a avaliação e o acompanhamento da gestão orçamentária, financeira e patrimonial” (BRASIL, 2000b, p. 1).

Em geral, os sistemas de saúde vem utilizando-se de instrumentos oriundos da economia da saúde e da epidemiologia clínica, com o objetivo de buscar uma melhor eficiência frente aos desafios para ampliar a cobertura e a oferta, adotar novas tecnologias e instituir estratégias de monitoramento e avaliação (SECOLI *et al.*, 2010). No Brasil, ainda é pequena a utilização das avaliações econômicas nos serviços de saúde, para que se introduza essa prática na gestão, é necessário introduzir a organização dos sistemas de custeio (CASTRO, 2002).

A saúde pública brasileira possui muitos desafios para a sua gestão, com uma demanda crescente, considerando que deve aliar fatores como prestação de serviços de qualidade associada à limitação dos recursos a serem utilizados. Os autores justificam cada vez mais que estudos na área da economia da saúde são importantes (DALLORA; FOSTER, 2008).

A área de estudo da Economia parte do princípio que os recursos são limitados, tornando-se fundamental aplicá-los de forma racional, tendo como meta os objetivos

a se alcançar. Assim, é fundamental incorporação de conhecimentos e ferramentas que auxiliarão os técnicos e gestores a entender o papel da saúde na economia brasileira, a discutir o financiamento do sistema, a fazer alocação mais eficiente dos recursos disponíveis, a regular melhor o mercado de produtos e serviços e a selecionar as tecnologias mais custo-efetivas. A Economia da Saúde tem esse potencial e pode contribuir para o fortalecimento da gestão do SUS (BRASIL, 2012b).

Dentre as ferramentas instituídas pelo Ministério da Saúde do Brasil, podemos destacar o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), criado desde 2006 e coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento. O programa é composto de inúmeras ações que visam promover a gestão de custos no âmbito do SUS, por meio da geração, do aperfeiçoamento e da difusão de informações relevantes e pertinentes a custos, utilizadas como subsídio para otimização do desempenho de serviços, unidades, regiões e redes de serviços de atenção. Destaca-se que o programa gera ferramentas fundamentais para auxiliar gestores durante o planejamento e a tomada de decisão, na adoção de medidas racionalizadoras que propiciem a redução de custos sem impactos negativos na qualidade do serviço prestado ao usuário (BRASIL, 2012b).

Em outra direção, Mendes e Santos (2000) consideram que as dificuldades de financiamento da saúde, devido ao baixo dispêndio dos governos federal e estadual, é fundamental para os gestores estarem atentos à sua operacionalização, aprimorando os instrumentos de planejamento, controle e avaliação dos recursos, destacando a necessidade de melhor alocação.

Segundo Vieira (2017), o conhecimento do custo dos serviços públicos é fundamental para se atingir uma alocação eficiente de recursos, e o desconhecimento é um indicador de ineficiência na gestão dos serviços. Ela argumenta as experiências com sistemas de custos no serviço público são incipientes e, salvo algumas experiências isoladas, pode-se dizer que não há cultura de custos no serviço público no Brasil, e sim de gastos, dificultando a comparabilidade com outros serviços

Embora existam as determinações legais, o fato é que a administração pública (Executivo, Legislativo ou Judiciário), até 2010, não utilizava sistema de custos como padrão, a não ser um caso ou outro pontualmente. O que justifica, até então, é que não havia metodologia adequada capaz de ser aplicada como rotina uniformemente para toda a Administração Pública Federal (MACHADO; HOLANDA, 2010).

Atualmente o governo vem estimulando estados e municípios à adoção do programa, mas a realidade mostra que ainda existem muitos desafios, sendo necessário romper barreiras políticas e culturais. No ES tem sido uma preocupação o absenteísmo de usuários em consultas e exames especializados, principalmente na RSM-ES, visto que, com a implantação do Sistema de Regulação (SISREG-ES), em 2013, foi possível mensurar a magnitude do absenteísmo, possibilitando estudá-lo.

### 3 JUSTIFICATIVA

Diante do impacto monetário que o absenteísmo pode causar ao SUS, o que evidencia o volume de perdas de recursos gerados pelo absenteísmo na RSM-ES, este estudo torna-se relevante como uma ferramenta potencial para combate aos desperdícios de recursos públicos em saúde.

A RSM-ES foi escolhida por apresentar um índice alto de absenteísmo em consultas e exames especializados e por ser a região que, segundo os dados da população estimada pelo IBGE para o ano de 2018, concentra 55,87% (2.219.349) de toda população do Estado do Espírito Santo, num total de 3.972.388, sendo a mais populosa do Estado e que apresenta a maior capacidade instalada de serviços de saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O enfrentamento do absenteísmo é uma das estratégias de minorar o desperdício, corroborando com a dimensão da responsabilidade social e o grande desafio de financiá-lo, uma vez que se estima que 75% da população é usuária do SUS (PAIM, 2018).

Esta dissertação é pioneira no estado do Espírito Santo, e espera-se que venha estimular outras, considerando a escassez de estudos sobre esse tema, a fim de contribuir com o debate da gestão financeira, destacando a importância de se instituir, no campo das ciências da saúde, a aplicação de análise econômica, visando a uma melhor gestão e a uma maior eficiência na adoção de tecnologias e alocação de recursos financeiros, contribuindo para superar alguns desafios na efetivação da atenção integral à saúde dos usuários do SUS.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1. Geral**

Analisar o absenteísmo como fator de desperdício em consultas e exames especializados na RSM-ES do SUS, de 2014 a 2016.

### **4.2. Específicos**

Mensurar as taxas de absenteísmo em consultas e exames especializados agendados na RSM-ES do SUS, de 2014 a 2016 e respectivos impactos monetários.

Mensurar as taxas de absenteísmo a consultas e exames especializados agendados na RSM-ES do SUS, de 2014 a 2016, e respectivos impactos monetários segundo as modalidades de gestão dos estabelecimentos prestadores desses serviços.

## **5 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **5.1 População e desenho do estudo**

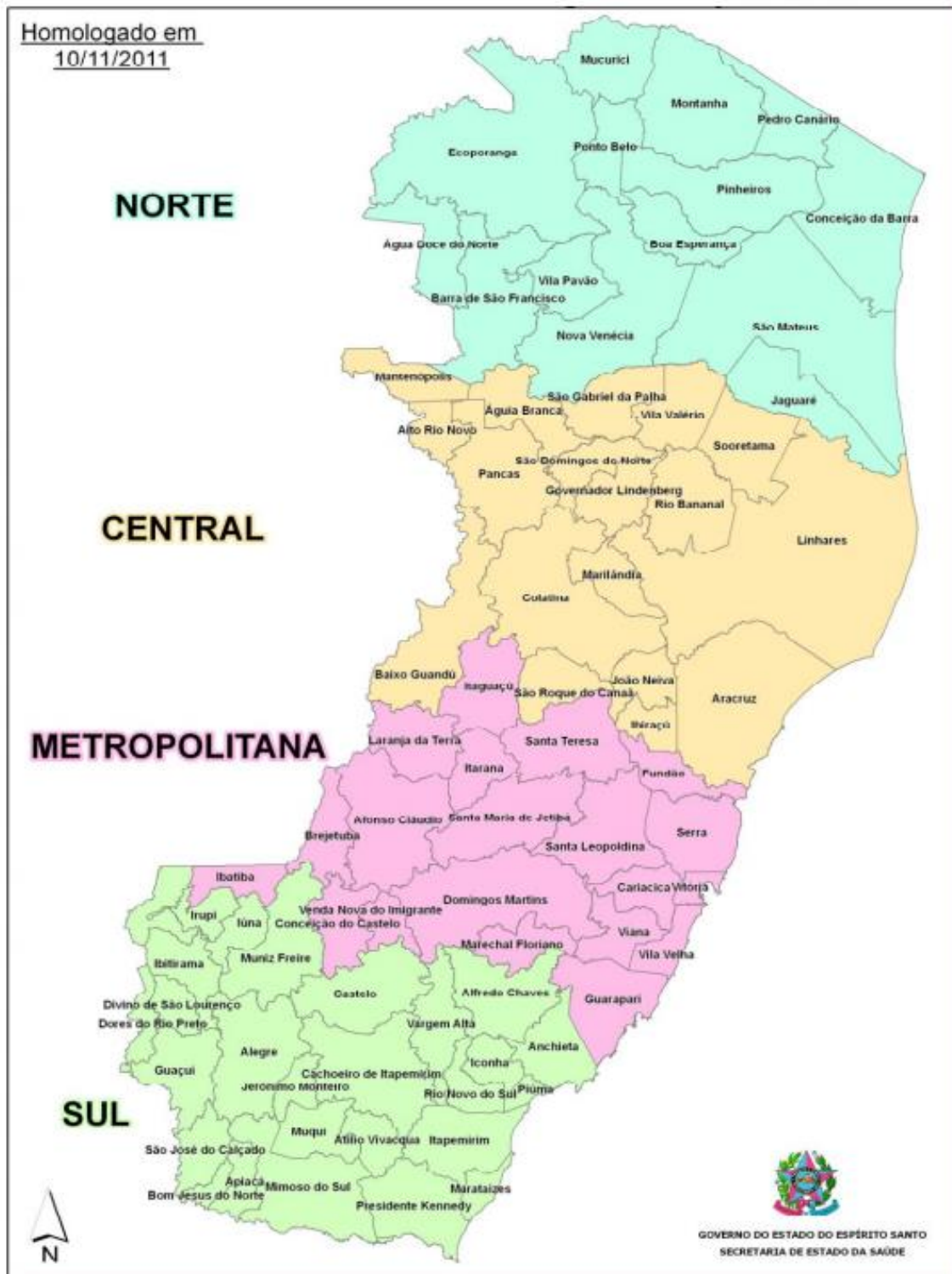
Trata-se de pesquisa documental descritiva realizada em banco de dados administrativos gerados pelo sistema informatizado de apoio à regulação assistencial fornecido pelo Ministério da Saúde – SISREG-ES – e fornecidos pela SESA. Neste estudo, a fim de apurar os valores acumulados anualmente com o absenteísmo em consultas e exames especializados, foram utilizados todos os procedimentos agendados em consultas e exames especializados nos anos de 2014, 2015 e 2016, da RSM-ES. O total dos procedimentos foi de 1.002.719, sendo 666.182 em consultas especializadas e 336.537 em exames especializados.

Os dados utilizados foram gerados pelo SISREG-ES e permitiram conhecer a quantidade de pacientes agendados em consultas e exames especializados para os quais o comparecimento foi confirmado e aqueles para os quais não houve confirmação na Central de Regulação no período estudado.

#### **5.1.1 Cenário do estudo**

O estudo foi realizado na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo. O Espírito Santo constitui-se no menor e menos populoso estado da região Sudeste, com população de 3.972.338 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018), distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte populacional. Dentre os municípios, 50% (39 municípios) possuem menos de 20 mil habitantes, 35,90% (28 municípios) situam-se na faixa de 20 a 50 mil habitantes e (14,10%) (11 municípios) apresentam uma população maior que 50 mil habitantes. Os municípios da RSM-ES (20) correspondem a 55,87% da população do estado e, por meio do Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), elaborado em 2011, o estado do Espírito Santo, foi dividido em quatro regiões de saúde: Norte, Sul, Central e Metropolitana, conforme Figura 1.

**FIGURA 1:** Mapa das regiões de saúde do Estado do Espírito Santo.



Fonte: PDR/SESA, 2011.

O PDR é um instrumento de planejamento que organizou a assistência à saúde do estado de forma regionalizada e hierarquizada. Foi elaborado por meio de uma metodologia participativa, que valorizou variáveis culturais, socioeconômicas e de identidade regional, além daquelas tradicionalmente utilizadas, como porte populacional, malha viária, distância entre os municípios, entre outras (ESPÍRITO SANTO, 2011).

A regionalização partiu da necessidade de se estruturar um sistema de saúde em redes resolutivas e com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, sendo uma estratégia importante para a promoção de sistemas de saúde eficientes e de relações intergovernamentais mais cooperativas, visando à garantia da integralidade e da equidade na atenção à saúde. Possibilita a elaboração de ações equitativas, de acordo com as características de cada região, e investimentos que permitam ao cidadão ter acesso aos serviços de saúde mais próximos de sua residência, evitando que esse se desloque grandes distâncias em busca de atendimento, além de garantir o serviço aos cidadãos e suprir suas necessidades de saúde em média e alta complexidade.

Nessa perspectiva, a política de regionalização da saúde do estado do Espírito Santo, elencou os principais objetivos: orientar o processo de planejamento em saúde com base nas necessidades e características regionais; garantir o acesso, a resolutividade e a qualidade das ações e dos serviços de saúde; garantir a integralidade da atenção à saúde em todos os níveis; avançar na equidade da política de saúde; reduzir as desigualdades regionais existentes; racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos na região.

A RSM-ES em estudo compreende 20 municípios: Afonso Cláudio, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória e tem contingente populacional de 2.219.349 habitantes, população estimada pelo IBGE para 2018. Apresenta diferenças significativas no número populacional entre os municípios, sendo que, em seis municípios, a população de residentes está em torno

de 15 mil habitantes e, em quatro, é maior que 300 mil habitantes. Em 2018 a RSM-ES concentrava 55,87% de toda população do estado do Espírito Santo, segundo dados da população estimada para 2018 do IBGE, sendo a mais populosa do estado, correspondendo a mais da metade da população do Espírito Santo, além de haver grandes diferenças entre os municípios da região litorânea e aqueles da região montanhosa. Esta população está em processo de transição, pois a pirâmide etária de 1991, 2000 e 2010 demonstra a redução na taxa de fecundidade e incremento significativo da população idosa.

Os municípios Serra, Vitória, Vila Velha e Cariacica apresentam em torno de 79,99% da população desta região, sendo 98,7% considerados como população urbana. Estes municípios apresentam as maiores médias de renda domiciliar *per capita*, bem como os melhores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal do estado, conforme Quadro 1. Apesar disso, as desigualdades são marcantes, pois 74,4% (62.421 famílias) das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família estão presentes nestes municípios.

Na RSM-ES também está a maior oferta de serviços públicos de saúde do estado em todos os níveis da atenção, tendo a maior oferta de consultas básicas, de vacinas, de leitos hospitalares e maior capacidade regulatória, o que se traduz em maior facilidade de acesso.

Os locais executantes para os procedimentos regulados na atenção especializada na RSM-ES estão concentrados na capital e em torno dela. Os 38 locais que prestam serviços de consultas e exames especializados na RSM-ES, estão localizados principalmente em Vitória, na capital, 19 (50%) dos serviços executantes. Os outros estão num total de 11 (29%) em Vila Velha, 04 (10,5%) em Serra, 02 (5,3%) em Guarapari, 01 (2,6%) em Cariacica e 01 (2,6%) em Domingos Martins.

**Quadro 1 – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) na RSM-ES.**

| <b>MUNICÍPIO</b>        | <b>IDH-1991</b> | <b>IDH-2000</b> | <b>Ranking/metropolitano 2000</b> | <b>Ranking/Brasil 2000</b> |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Vitória                 | 0,797           | 0,856           | 1º                                | 18                         |
| Vila Velha              | 0,759           | 0,817           | 2º                                | 274                        |
| Guarapari               | 0,692           | 0,789           | 3º                                | 823                        |
| Santa Teresa            | 0,692           | 0,789           | 4º                                | 836                        |
| Venda Nova do Imigrante | 0,684           | 0,778           | 5º                                | 1.112                      |
| Serra                   | 0,693           | 0,761           | 6º                                | 1.568                      |
| Marechal Floriano       | 0,657           | 0,754           | 7º                                | 1.760                      |
| Fundão                  | 0,679           | 0,752           | 8º                                | 1.818                      |
| Cariacica               | 0,673           | 0,75            | 9º                                | 1.871                      |
| Itaguaçu                | 0,668           | 0,748           | 10º                               | 1.932                      |
| Itarana                 | 0,681           | 0,741           | 11º                               | 2.131                      |
| Viana                   | 0,658           | 0,737           | 12º                               | 2.260                      |
| Domingos Martins        | 0,648           | 0,736           | 13º                               | 2.269                      |
| Santa Maria de Jetibá   | 0,637           | 0,724           | 14º                               | 2.550                      |
| Ibatiba                 | 0,596           | 0,721           | 15º                               | 2.603                      |
| Laranja da Terra        | 0,618           | 0,719           | 16º                               | 2.640                      |
| Afonso Cláudio          | 0,63            | 0,717           | 17º                               | 2.668                      |
| Santa Leopoldina        | 0,636           | 0,711           | 18º                               | 2.807                      |
| Conceição do Castelo    | 0,637           | 0,709           | 19º                               | 2.834                      |
| Brejetuba               | 0,555           | 0,68            | 20º                               | 3.293                      |

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/SESA/PDR, 2011

Os 20 municípios que compõem a RSMES apresentam diferenças significativas devido à sua localização e ao número populacional, conforme Tabela 1.

**Tabela 1** - População Residente Região de Saúde Metropolitana - censo 2010 e estimativa para o TCU 2018 - Espírito Santo e por município e distância em km da capital.

| Entes Federados                             | População estimada - Ano: 2018 | População censo - Ano: 2010 | Distância em km de Vitória |
|---|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Estado do Espírito Santo                    | 3.972.388                      | 3.514.952                   |                            |
| Municípios da Região de Saúde Metropolitana | População estimada - Ano: 2018 | População censo - Ano: 2010 | Distância em km de Vitória |
| 320530 Vitória                              | 358.267                        | 327.801                     | 0                          |
| 320010 Afonso Cláudio                       | 30.720                         | 31.091                      | 145                        |
| 320115 Brejetuba                            | 12.381                         | 11.915                      | 151                        |
| 320130 Cariacica                            | 378.603                        | 348.738                     | 17                         |
| 320170 Conceição do Castelo                 | 12.638                         | 11.681                      | 126                        |
| 320190 Domingos Martins                     | 33.711                         | 31.847                      | 49                         |
| 320220 Fundão                               | 21.061                         | 17.025                      | 53                         |
| 320240 Guarapari                            | 122.982                        | 105.286                     | 51                         |
| 320245 Ibatiba                              | 25.732                         | 22.366                      | 164                        |
| 320270 Itaguaçu                             | 14.109                         | 14.134                      | 128                        |
| 320290 Itarana                              | 10.619                         | 10.881                      | 117                        |
| 320316 Laranja da Terra                     | 10.961                         | 10.826                      | 183                        |
| 320334 Marechal Floriano                    | 16.464                         | 14.262                      | 53                         |
| 320450 Santa Leopoldina                     | 12.300                         | 12.240                      | 51                         |
| 320455 Santa Maria de Jetibá                | 39.849                         | 34.176                      | 85                         |
| 320460 Santa Teresa                         | 23.392                         | 21.823                      | 79                         |
| 320500 Serra                                | 507.598                        | 409.267                     | 25                         |
| 320506 Venda Nova do Imigrante              | 24.800                         | 20.447                      | 109                        |
| 320510 Viana                                | 76.954                         | 65.001                      | 26                         |
| 320520 Vila Velha                           | 486.208                        | 414.586                     | 8                          |
| <b>Total</b>                                | <b>2.219.349</b>               | <b>1.935.393</b>            |                            |

Fontes: IBGE - Censo Demográfico 2010 e Estimativa da população 2018 (Estimativa utilizada pelo TCU para determinação das cotas do FPM) e para os dados Distância em km de Vitória: <https://www.geografos.com.br/distancia-entre-cidades-espírito-santo>

## 5.2 Coleta de dados

Os dados relacionados aos agendamentos realizados, confirmados e não confirmados, dos pacientes, das consultas e exames especializados, foram fornecidos pela SESA, gerados pelo sistema SISREG-ES.

Os agendamentos feitos referem-se às vagas por municípios disponibilizadas por especialidades, pactuadas na PPI. Ela norteia-se pelo princípio do direito à saúde, tendo como eixo central a integralidade no provimento das ações e serviços de saúde que a população necessitar, bem como a busca da garantia da equidade no financiamento e acesso a esses serviços de todos os municípios.

Apesar de a PPI que vem sendo utilizada ter sido pactuada entre os municípios, esforços são necessários para a compatibilização entre as metas programadas e as efetivamente colocadas à disposição da população (ESPÍRITO SANTO, 2011). Os agendamentos realizados na RSM-ES, por ano, estão demonstrados na Tabela 2.

**Tabela 2** – Procedimentos Agendados pelo SISREG-ES para a RSM-ES de 2014 a 2016.

| PROCEDIMENTO                    | ANO            |                |                | TOTAL            |
|---------------------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
|                                 | 2014           | 2015           | 2016           |                  |
| <b>Consultas Especializadas</b> | 200.831        | 225.818        | 239.533        | 666.182          |
| <b>Exames Especializados</b>    | 104.252        | 114.359        | 117.926        | 336.537          |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>305.083</b> | <b>340.177</b> | <b>357.459</b> | <b>1.002.719</b> |

Na RSM-ES, a oferta da atenção especializada não fica restrita às disponibilizadas pelo estado pactuadas na PPI, considerando que alguns municípios oferecem serviços especializados complementares (ESPÍRITO SANTO, 2011).

### 5.3 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram construídas com base nas inúmeras informações fornecidas pelo banco de dados do SISREG-ES. Foram elencadas de acordo com a proposta do projeto, as seguintes variáveis apresentadas a seguir.

ANO: ano selecionado para o estudo.

PROCEDIMENTO AGENDADO: o procedimento que foi agendado de acordo com a vaga disponibilizada ao município de origem e pactuada pela PPI. A solicitação do agendamento é feita pela UBS do município solicitante.

**PROCEDIMENTO CONFIRMADO:** o procedimento que foi realizado, isto é, com o comparecimento do paciente. A chave de acesso no SISREG foi acionada mediante a confirmação da realização do procedimento.

**PROCEDIMENTO NÃO CONFIRMADO (ABSENTEÍSMO):** o procedimento que não foi realizado devido ao não comparecimento do paciente. A chave de acesso permaneceu disponível.

**CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS:** o rol de procedimentos da atenção de média complexidade, também chamada de atenção especializada ou atenção secundária à saúde, definida pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), conforme segue:

“A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p. 17)

**LOCAL EXECUTANTE:** os locais de referência, onde os procedimentos em consultas e exames especializados são realizados na RSM-ES, de acordo com a especialidade. Os locais executantes são divididos em gestão direta – sete (7) serviços públicos, estadual e federal; e gestão indireta – três (3) serviços públicos com gestão de Organizações Sociais (OS), oito (8) serviços filantrópicos e vinte (20) serviços privados credenciados, num total de 38 locais executantes.

#### **5.4 Análise estatísticas dos dados**

Para análise estatístico estudo foram analisados o total de 1.002.719 procedimentos, distribuídos em 666.182 consultas especializadas e 336.537 exames especializados.

As taxas percentuais de absenteísmo anuais para consultas e exames especializados foram calculadas dividindo-se o total de procedimentos não confirmados

(absenteísmo) (numerador) pelo total dos procedimentos agendados (denominador), multiplicando-se o resultado por 100.

A taxa média de absenteísmo para os anos de 2014-2016, em consultas e exames especializados, foi calculada com a somadas três taxas anuais (numerador) e sua divisão por 3 (denominador).

A taxa total de absenteísmo para cada modalidade de gestão, em consultas e exames especializados, foi calculada com a divisão do total de procedimentos não confirmados (absenteísmo) (numerador) pelo total de procedimentos agendados (denominador) para cada modalidade nos três anos de estudo, multiplicando-se o resultado por 100.

O percentual de procedimento agendado para exames e consultas especializados em cada modalidade de gestão de 2014-2016 foi calculado com a divisão do total de procedimentos agendados para a modalidade (numerador) pelo número total de agendamentos (denominador) nas diversas modalidades, multiplicando-se o resultado por 100.

Os valores monetários estimados para desperdício foram obtidos mediante a multiplicação do total de procedimentos não confirmados (absenteísmo) anualmente por especialidade pelos valores atribuídos a cada procedimento segundo a natureza administrativa do local executante.

Os dados foram trabalhados utilizando o programa *Microsoft office Excel 2010*.

#### 5.4.1 Método de apuração dos preços das consultas especializadas

Para análise estatística, foram utilizados os dados da região em estudo, do período de 2014 a 2016, gerados SISREG-ES e disponibilizados pela SESA- ES. No banco de dados, as variáveis selecionadas foram: ano, local executante, procedimento agendado, procedimento confirmado e procedimento não confirmado.

Os procedimentos inicialmente foram separados em consultas especializadas e em exames especializados e, posteriormente, separados por ano e local executante. Para

as consultas, diante as diversas denominações usadas pelo SISREG-ES, foi necessário utilizar a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho, que é uma norma de classificação numerativa e descritiva de atividades profissionais, para definir a especialidade.

As diversas denominações para a mesma especialidade foram agrupadas em uma única classificação numerativa e descritiva da CBO, conforme quadro de nomenclaturas, Apêndice A, para posterior codificação baseada na Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Estratégicos do SUS (Tabela SUS), disponibilizada no SIGTAP, que é o Sistema de Gerenciamento dessa Tabela. Essa codificação definiu o valor individual da consulta especializada.

Após a codificação, foi inserido o preço/custo individual dos procedimentos de consulta, conforme Tabela SUS/2018 para os locais executantes da gestão direta (serviço público estadual e federal) e dos serviços privados contratados. Para o serviço público federal foi utilizada a tabela complementar de valores do convênio. Para os filantrópicos, foram utilizadas a Tabela SUS/2018 e a tabela complementar de valores por procedimento, pactuados nos aditivos vigentes de 2018 dos convênios, fornecidas pela SESA.

Para os serviços públicos com gestão de Organizações Sociais (OSS), foi utilizada tabela de custos estimados por procedimentos com base no local executante, fornecida pela SESA e elaborada utilizando um Software desenvolvido pela empresa de consultoria nacional Planisa, que adota a ferramenta denominada de *Key Performance Indicators for health* (KPIH) para efetuar o sistema de gestão de custos. Para todos os locais executantes, trinta e oito (38), os dados foram trabalhados individualmente, utilizando o programa *Microsoft office Excel* 2010.

#### 5.4.2 Método de apuração dos preços dos exames especializados

Para a apuração do preço dos exames especializados, os procedimentos agendados, confirmados e não confirmados inicialmente foram separados por ano e local executante. Considerando que, na planilha fornecida pelo SISREG-ES, existiam diversas denominações para um mesmo tipo de exame, foi necessária uma tabela

interna utilizada pela central de regulação que relaciona código do SISREG com o código da Tabela SUS. Essa codificação definiu o preço/custo individual do exame especializado. Após a codificação, foi inserido o preço individual dos procedimentos de exame, conforme Tabela SUS/2018 para os locais executantes da gestão direta e dos serviços privados contratados.

Para o serviço público federal, foi utilizada a tabela complementar de valores do convênio. Para os filantrópicos, foram utilizadas a Tabela SUS/2018 e a tabela complementar de valores por procedimento, pactuados nos aditivos vigentes de 2018 dos convênios, fornecidas pela SESA. Para os serviços públicos com gestão de Organizações Sociais (OSS), foi utilizada tabela de custos estimados por procedimentos baseado no local executante, fornecida pela SESA e elaborada utilizando um *software* desenvolvido pela empresa de consultoria nacional Planisa, que adota a ferramenta denominada de *Key Performance Indicators for health* (KPIH) para efetuar o sistema de gestão de custos.

## **5.5 Aspectos éticos**

O projeto foi autorizado pela SESA, por meio do termo de anuência, datado de 26/9/2017 (anexo A) constante no processo nº79619819/2017, e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFES, respeitando a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado na reunião do dia 2/5/2018, sob o protocolo nº 2.631.695 (anexo B).

O estudo partiu desse projeto macro, cujo objeto de investigação, absentismo, foi autorizado pela Secretaria Estadual de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES sob o parecer nº CAAE 52838416.0.0000.5060, atendendo à Resolução nº 466/2012, EDITAL FAPES/CNPq/Decit-SCTIE-MS/SESA nº 05/2015 - PPSUS e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES).

## **6 RESULTADOS**

### **6.1 Artigo 1**

#### **ABSENTEÍSMO DE USUÁRIOS COMO FATOR DE DESPERDÍCIO: DESAFIO PARA SUSTENTABILIDADE EM SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup>Artigo submetido à revista Saúde em Debate (ISSN: 2358-2898)

### 6.1.1 Resumo

**Introdução:** O absenteísmo de usuários em consultas e exames é considerado um problema mundial na assistência à saúde, gerando desperdício de recursos tanto no setor público como no setor privado. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi estimar o desperdício de recursos monetários vinculado ao absenteísmo em procedimentos especializados no SUS na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo (RSM-ES) entre os anos de 2014 a 2016. **Métodos:** Foram analisados 1.002.719 procedimentos, sendo 666.182 consultas e 336.537 exames especializados. Os dados de absenteísmo foram obtidos dos registros administrativos do Sistema de Regulação do ES (SISREG-ES), fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde. **Resultados:** Os valores monetários foram obtidos usando a Tabela SUS, tabela complementar de convênios e tabela de custos estimados, segundo o tipo de prestador envolvido no atendimento. A taxa de média de absenteísmo para consultas foi de 38,6% (257.025 consultas), num valor total estimado de R\$ 3.558.837,88, e para exames especializados foi de 32,1% (108.103 exames), num total estimado de R\$ 15.007.624,15. **Conclusão:** Os valores totais desperdiçados são significativos e evidenciam o desafio constante na agenda dos gestores na busca pela sustentabilidade em sistemas universais de saúde.

**Palavras-chave:** Absenteísmo. Atenção secundária à saúde. Gestão em saúde. Integralidade em saúde.

### 6.1.2 Abstract

**Introduction:** Non-attendance to specialized healthcare appointments and diagnostic and therapeutic procedures is a global problem in healthcare, leading to wastage of resources both in public and private facilities. **Objectives:** This study aims to estimate monetary wastage of resources linked to non-attendance to scheduled health specialist appointments and procedures in the metropolitan region of the Espírito Santo State (ESS), Brazil, for the years 2014-2016. **Methods:** We studied 1.002.719 specialized healthcare procedures: 666.182 appointments with specialist medical and other healthcare professionals and 336.537 specialized diagnostic and other therapeutic procedures. Data for non-attendance were collected from the administrative procedure scheduling database (SISREGES) in the ESS Regulatory Agency, provided by the EES Health Office. Monetary values used to estimate wastage stemmed from the SUS and other standard tariff lists for medical procedures, used according to the administrative regime of the three types of service providers. **Results:** Average non-attendance rate for medical and health specialists appointments was 38.6% (257.025 missed appointments), with an estimated waste of resources valued at R\$ 3.558.837,88. For other specialized procedures non-attendance reached 32.1% (108.103 missed procedures) estimated at R\$ 15.007.624,15. **Conclusion:** Total wasted resources reach significant values and highlight the ongoing challenge to managers seeking to attain sustainable universal health care systems.

**Keywords:** Absenteeism. Secondary care. Health management. Integrality in health.

### 6.1.3 Introdução

O absenteísmo de usuários é o ato de não comparecer às consultas e/ou procedimentos agendados sem qualquer comunicação prévia ao local de realização<sup>1</sup>. É considerado um problema mundial na assistência à saúde tanto no setor público como no privado, de acordo com trabalhos publicados no Brasil<sup>2,3</sup> e mundo<sup>4-6</sup>. Uma revisão sistemática sobre o tema apontou uma taxa média mundial de absenteísmo de 23%, sendo as maiores taxas aquelas encontradas no continente africano (43,0%), seguido pela América do Sul (27,8%), Ásia (25,1%), América do Norte (23,5%), Europa (19,3%) e Oceania (13,2%)<sup>7</sup>. No Sistema Único de Saúde (SUS), o absenteísmo revela-se um problema crônico, com taxas próximas ou superior a 25%<sup>8</sup> atingindo percentuais altos em diversos tipos de atendimento e especialidades médicas<sup>9</sup>.

O absenteísmo foi associado a algumas causas, como esquecimento<sup>3,10</sup>, falhas na comunicação entre o serviço e o usuário, melhora dos sintomas de adoecimento<sup>11</sup> agendamento em horário de trabalho<sup>2,10,11,12</sup>, falta de transporte e dia da semana agendado<sup>4</sup>. Entre as consequências, destacamos o aumento da fila de espera e de demandas por urgência<sup>2,12</sup>, o desperdício de recursos públicos<sup>2,4-6,13</sup>, a redução da produtividade e perda da eficiência da clínica e da gestão<sup>5</sup>. Essas consequências comprometem o acesso e acarretam aumento dos custos com a assistência à saúde<sup>2,3,14</sup>, gerando custos sociais<sup>15</sup>, estimulando atitudes negativas no profissional<sup>16</sup> e acarretando atraso no diagnóstico e tratamento adequado<sup>13</sup>. Em síntese, o absenteísmo é considerado um fenômeno multicausal, repercutindo em todos os envolvidos: gestão, trabalhador e usuário<sup>2,3</sup>.

A assistência à saúde no SUS é dividida em atenção básica, atenção secundária ou média complexidade e atenção terciária ou alta complexidade<sup>17</sup>. A porta de entrada por iniciativa própria do usuário ao sistema é pela atenção básica, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA)<sup>17,18</sup>. A atenção básica deve ser resolutiva em mais de 85% dos problemas de saúde da população e o usuário deve ser encaminhado para a atenção especializada quando for necessário<sup>19</sup>.

Entretanto, desde a criação do SUS, em 1988, o sistema vem enfrentando inúmeras dificuldades quanto ao acesso do cidadão às ações e serviços de saúde resolutivos, adequados, oportunos e eficazes. É inegável a extensão de benefícios trazidos à população ao longo da sua existência, mas na prática ainda é parcial, com inúmeras debilidades e insuficiências<sup>20</sup>. O SUS foi implantado, mas não foi consolidado<sup>21</sup>. O acesso aos serviços especializados ou de média complexidade tem sido destacado como um dos principais obstáculos para a sua efetivação<sup>22</sup>.

O envelhecimento da população tem contribuído para aumentar as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as demandas na atenção especializada, portanto impõe novos desafios ao sistema de saúde<sup>18</sup>. O aumento da prevalência das DCNT pode também ser explicado pelo maior acesso aos serviços de saúde e meios de diagnósticos dessas doenças<sup>23</sup>. Atualmente a demanda por procedimentos diagnósticos e terapêuticos em decorrência das DCNT está se tornando prioridade em saúde pública no Brasil<sup>24</sup>.

Nesse contexto, a gestão dos serviços precisa considerar, para o seu planejamento, as mudanças no cenário de adoecimento do país nas últimas décadas<sup>25</sup>. Assim, para qualificar a gestão dos serviços, em 2008, o Ministério da Saúde (MS), instituiu a Política Nacional de Regulação em Saúde<sup>26</sup>. A regulação do acesso à saúde é utilizada pelo Estado como um importante instrumento de gestão pública, ainda em processo de aprimoramento, com o objetivo de alcançar a eficiência, a equidade e o equilíbrio entre a oferta, demanda e financiamento<sup>27</sup>. O sistema de regulação (SISREG) utilizado é *on-line* e disponibilizado pelo Ministério da Saúde, pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para gerenciar todo complexo regulatório e operar as centrais de regulação no país. Sob esse aspecto, a política de regulação permite aos gestores conhecer o tamanho das filas de espera e do absenteísmo por meio do banco de dados que produz, orientando a gestão na busca de soluções.

Na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo (RSM-ES), o absenteísmo na atenção especializada é um problema frequente verificado pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA-ES) e tem ocasionado prejuízos à população e aos cofres públicos,

considerando que é grande o número de usuários do SUS com consultas e exames agendados nas diversas especialidades que não comparecem e não desmarcam. Segundo os dados da SESA-ES, no primeiro semestre de 2015, a taxa de absenteísmo foi de 38%, para consultas e exames especializados agendados pela Central de Regulação<sup>28</sup>.

Assim, o absenteísmo na atenção especializada tem chamado à atenção dos gestores do SUS no Brasil, contribuindo para o aumento da fila de espera para o atendimento, somado aos pacientes faltosos que tendem a voltar para a fila, acarretando diminuição e aproveitamento da oferta, aumentando o tempo de espera para um novo agendamento<sup>2</sup>. Atualmente os desafios para a oferta de serviços na atenção especializada são inúmeros e, possivelmente, serão agravados pelas consequências da Emenda Constitucional (EC)95/2016, que limita os gastos públicos por 20 anos e pode dificultar o incremento de recursos para a saúde e demais políticas sociais, representando uma grande ameaça a essas demandas. Os cortes orçamentários poderão repercutir nos indicadores de saúde da população<sup>29,30</sup>.

Nesse sentido, aperfeiçoar a gestão na saúde é necessário para combater e reduzir o desperdício e aumentar a eficiência, otimizando os recursos financeiros disponíveis. Por um lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2010, no relatório “Financiamento da Cobertura Universal”, revela que de 20% a 40% de todos os gastos em saúde são desperdiçados por ineficiência, recursos estes que poderiam ser redirecionados para atingir a cobertura universal.

Por outro lado, são escassos estudos que abordem o absenteísmo como fonte de desperdício e apliquem avaliação econômica e métodos analíticos dos serviços não executados evidenciando o desperdício que ele causa<sup>4</sup>. As publicações em sua maioria abordam as causas e estratégias para sua redução, sendo enfáticas ao afirmar que causam prejuízos monetários, geralmente com abordagens apoiadas em evidências empíricas<sup>5</sup>. Assim, cada vez mais torna-se necessário que os conceitos de avaliação econômica façam parte da rotina dos sistemas e serviços de saúde<sup>31</sup>.

Com base nessas considerações, identificando o absenteísmo como um problema crescente no SUS, o objetivo da pesquisa foi estimar o valor monetário, em consultas e exames especializados, atribuído ao absenteísmo nos anos de 2014 a 2016, na RSM-ES.

#### 6.1.4 Métodos

Trata-se de um estudo descritivo baseado em dados de registros administrativos, conduzido na RSM-ES, localizada na região sudeste do Brasil. A região é composta por 20 municípios que apresentam os melhores Índices de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) do estado (0,68 a 0,856) e população de 1.935.393 habitantes<sup>32</sup>.

Foram utilizados dados gerados de 1.002.719 procedimentos de consultas e exames especializados, agendados de janeiro a dezembro de 2014 a 2016 no SISREG-ES, fornecidos pela SESA-ES. Os procedimentos agendados referem-se às vagas disponibilizadas por especialidades pela Programação Pactuada Integrada (PPI), realizada entre estado e municípios da região. Foram analisados 666.182 consultas especializadas e 336.537 exames especializados, num total de 38 locais executantes, que incluíram participações variadas por especialidade de agendamentos em estabelecimentos públicos (gestão direta) e contratados do SUS, estabelecimentos filantrópicos e serviços públicos com gestão de Organizações Sociais (OS).

As variáveis selecionadas foram: ano (2014, 2015 e 2016), procedimento agendado (códigos para tipos de consulta e exame especializado agendados), procedimento confirmado (realizado com o comparecimento do paciente), procedimento não confirmado (absenteísmo devido ao não comparecimento do paciente), consultas especializadas e exames especializados (rol de procedimentos da Atenção de Média Complexidade) e local executante (locais de referência, onde os procedimentos foram realizados). Inicialmente os dados foram separados segundo consultas e exames e ano de agendamento.

As consultas foram registradas segundo diversas denominações usadas pelo SISREG-ES, tendo sido necessário utilizar a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho, para recodificar a especialidade médica e outras do

profissional executante. As diversas nomeações para a mesma especialidade foram agrupadas em uma única classificação da CBO para posterior codificação e definição de correspondência (de-para) com os procedimentos das Tabelas de valores/preços utilizados.

Os exames especializados codificados pela tabela do SISREG-ES também foram recodificados, a exemplo do procedimento adotado para as consultas. Os exames foram agrupados em grupos e subgrupos, conforme classificação da Tabela SUS, identificando-se o número de exames agendados, exames confirmados, absenteísmo e o montante monetário. O grupo 02, composto por todos os procedimentos dos subgrupos com finalidade diagnóstica, o grupo 03, por todos os procedimentos dos subgrupos com exames relacionados aos procedimentos clínicos, o grupo 04 por todos os procedimentos dos subgrupos com exames relacionados aos procedimentos cirúrgicos.

Os valores atribuídos a cada procedimento variaram segundo as remunerações vinculadas aos locais executantes e respectivas naturezas administrativas. Para procedimentos efetuados nos estabelecimentos públicos estadual e federal (gestão direta) e contratados do SUS (gestão indireta), a referência para valores de procedimentos foi a Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Estratégicos do SUS-Tabela SUS (Tabela SUS/2018) e tabela complementar de aditivo de convênio de 2018. Para os filantrópicos, foram somados os valores das tabelas complementares dos aditivos de 2018 fornecidas pela SESA e os valores da Tabela SUS/2018. Para os serviços públicos com gestão de Organizações Sociais (OS), foi utilizada tabela de custos estimados por local executante, fornecida pela SESA que adota a ferramenta denominada *KeyPerformance Indicators for Health* (KPIH) para efetuar o sistema de gestão de custos. Todos os valores foram atualizados para o ano de 2018.

Procedimentos de consultas/exames foram agrupadas por especialidades, quantificando-se o total agendado, total confirmado, absenteísmo (procedimentos não confirmados = agendados - confirmados) e o valor monetário anual por especialidade atribuído ao absenteísmo, segundo as tabelas por natureza administrativas do local

executante. Posteriormente, foram elencadas as especialidades em ordem crescente pela taxa de absenteísmo e pelo valor monetário gerado em cada especialidade.

As taxas de absenteísmo anuais para consultas e exames especializados foram calculadas com a divisão do total de procedimentos não confirmados (absenteísmo) (numerador) pelo total de procedimentos agendados (denominador) para cada especialidade, multiplicando-se o resultado por 100.

Os valores monetários estimados para desperdício foram obtidos mediante a multiplicação do total de procedimentos não confirmados (absenteísmo) anualmente por especialidade pelos valores atribuídos a cada procedimento segundo a natureza administrativa do local executante.

Para as análises foi utilizado o Programa *Microsoft Office Excel 2010* e os dados foram apresentados de acordo com o objetivo da análise. O estudo foi autorizado pela SESA por meio do Temo de Anuência, datado de 26/9/2017 constante no processo nº 79619819/2017, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), respeitando a resolução do Conselho Nacional de Saúde, aprovado em 02/05/2018, protocolo nº 2.631.695.

#### 6.1.5 Resultados

Durante o período estudado foram contabilizados 666.182 procedimentos de consultas especializadas agendadas em 34 especialidades, com taxa média de absenteísmo no período de 38,6% (257.025 consultas) e um desperdício associado ao absenteísmo estimado de R\$ 3.558.837,88. A consulta que apresentou o menor valor monetário com o absenteísmo foi a especialidade de médico oncologista clínico (R\$ 880,00) e a que apresentou o maior valor foi de médico oftalmologista (R\$ 558.262,20). Os índices de absenteísmo por especialidades variaram de 0% (cirurgião dentista para pacientes com necessidades especiais) a 75,9% (fisioterapeuta geral). Destaque-se que as consultas agendadas com cirurgião dentista para pacientes com necessidades especiais não foram oferecidas nos anos de 2015 e 2016 (Tabela 1).

Apenas para a especialidade médica cancerologista cirúrgico a taxa de absenteísmo foi inferior a 30% (26,4%), com um desperdício atribuído ao absenteísmo de R\$ 900,00. Dezenove especialidades tiveram uma variação da taxa de absenteísmo entre 30% e 40%, sendo as consultas com cirurgião-dentista bucomaxilofacial (30,2%) as que apresentaram a menor taxa do grupo e as consultas com médico pneumologista as que apresentaram a maior taxa (39,4%). Esse grupo totalizou um desperdício estimado em R\$ 1.761.422,86 pelo absenteísmo. Nove especialidades apresentaram uma variação da taxa de absenteísmo entre 40% a 50%, tendo as consultas com médicos gastroenterologista e neurologista a menor taxa (40,1%) e as consultas com médico geneticista (47,4%) a maior taxa. Essas especialidades somadas apresentaram um desperdício de R\$ 1.671.403,22.

Dois especialidades apresentaram da taxa de absenteísmo entre 50% e inferior 60% - médico cirurgião pediátrico (52,5%) e médico infectologista (58,3%), com um desperdício estimado de R\$ 62.831,80. Somente as consultas com médico fisiatra (68,4%) apresentaram taxa de absenteísmo superior a 60%, com desperdício estimado de R\$ 45.630,00. A maior taxa de absenteísmo encontrada foi consultas para fisioterapeuta geral (75,9%), com desperdício estimado em R\$ 16.650,00. O total de consultas especializadas agendadas no período cresceu de 200.831, em 2014, para 239.533 em 2016 (aumento de 19,3%) (Gráfico 1), destacando-se os crescimentos absolutos nas especialidades de ortopedia e oftalmologia (Tabela 1).

**Tabela 1.** Descrição do absenteísmo em consultas especializadas na Região de Saúde Metropolitana, Espírito Santo, Brasil. 2014-2016.

| Descrição                            | 2014  |       |       |                  | 2015  |       |       |                  | 2016  |       |       |                  | 2014-2016 | Desperdício       |                  |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|------------------|-------|-------|-------|------------------|-------|-------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------------|
|                                      | A     | C     | Abs.  | Valor R\$        | A     | C     | Abs.  | Valor R\$        | A     | C     | Abs.  | Valor R\$        | Ag. Total | Tx. Abs.<br>N (%) | Valor (R\$)      |
| Médico Oncologista Clínico           | 104   | 73    | 31    | <b>310,00</b>    | 73    | 50    | 23    | <b>230,00</b>    | 88    | 54    | 34    | <b>340,00</b>    | 265       | 88 (33,2)         | <b>880,00</b>    |
| Médico Cancerologista Cirúrgico      | 94    | 73    | 21    | <b>210,00</b>    | 109   | 81    | 28    | <b>280,00</b>    | 127   | 89    | 38    | <b>410,00</b>    | 330       | 87 (26,4)         | <b>900,00</b>    |
| Cirurgião Dentista - Clínico Geral   | 67    | 38    | 29    | <b>390,00</b>    | 106   | 59    | 47    | <b>760,00</b>    | 109   | 84    | 25    | <b>390,00</b>    | 282       | 101 (35,8)        | <b>1.540,00</b>  |
| Médico Geneticista                   | 34    | 15    | 19    | <b>380,00</b>    | 54    | 28    | 26    | <b>520,00</b>    | 102   | 57    | 45    | <b>900,00</b>    | 190       | 90 (47,4)         | <b>1.800,00</b>  |
| Cirurgião Dentista Bucomaxilofacial  | 90    | 61    | 29    | <b>290,00</b>    | 186   | 124   | 62    | <b>3.037,75</b>  | 254   | 185   | 69    | <b>3.204,46</b>  | 530       | 160 (30,2)        | <b>6.532,21</b>  |
| Médico Cirurgião Torácico            | 36    | 22    | 14    | <b>140,00</b>    | 96    | 59    | 37    | <b>790,13</b>    | 175   | 107   | 68    | <b>5.728,92</b>  | 307       | 119 (38,8)        | <b>6.659,05</b>  |
| Médico Cirurgião Plástico            | 879   | 511   | 368   | <b>4.550,00</b>  | 1.216 | 776   | 440   | <b>5.050,00</b>  | 1.049 | 653   | 396   | <b>4.620,00</b>  | 3144      | 1.204 (38,3)      | <b>14.220,00</b> |
| Médico Cirurgião de Cabeça e Pescoço | 457   | 310   | 147   | <b>10.307,00</b> | 542   | 347   | 195   | <b>2.220,00</b>  | 969   | 646   | 323   | <b>3.480,00</b>  | 1968      | 665 (33,8)        | <b>16.007,00</b> |
| Fisioterapeuta Geral                 | 908   | 243   | 665   | <b>6.650,00</b>  | 714   | 91    | 623   | <b>6.230,00</b>  | 572   | 195   | 377   | <b>3.770,00</b>  | 2194      | 1.665 (75,9)      | <b>16.650,00</b> |
| Médico Mastologista                  | 2.137 | 1.493 | 644   | <b>6.560,00</b>  | 2.065 | 1.427 | 638   | <b>7.280,00</b>  | 1.943 | 1.334 | 609   | <b>6.620,00</b>  | 6145      | 1.891 (30,8)      | <b>20.460,00</b> |
| Médico Infectologista                | 425   | 259   | 166   | <b>9.821,80</b>  | 305   | 147   | 158   | <b>1.950,00</b>  | 924   | 283   | 641   | <b>11.810,00</b> | 1654      | 965 (58,3)        | <b>23.581,80</b> |
| Médico Geriatra                      | 2.574 | 1.796 | 778   | <b>7.780,00</b>  | 2.403 | 1.586 | 817   | <b>8.170,00</b>  | 2.466 | 1.618 | 848   | <b>8.480,00</b>  | 7443      | 2.443 (32,8)      | <b>24.430,00</b> |
| Médico Hematologista                 | 3.102 | 2.025 | 1.077 | <b>11.370,00</b> | 3.610 | 2.243 | 1.367 | <b>14.870,00</b> | 3.229 | 2.065 | 1.164 | <b>12.920,00</b> | 9941      | 3.608 (36,3)      | <b>39.160,00</b> |
| Médico Cirurgião Pediátrico          | 1.497 | 594   | 903   | <b>9.720,00</b>  | 2.030 | 1.041 | 989   | <b>11.520,00</b> | 2.824 | 1.380 | 1.444 | <b>18.010,00</b> | 6351      | 3.336 (52,5)      | <b>39.250,00</b> |

|  |        |        |       |                  |        |        |       |                  |        |        |       |                  |       |                  |                   |
|--|--------|--------|-------|------------------|--------|--------|-------|------------------|--------|--------|-------|------------------|-------|------------------|-------------------|
| Médico Ginecologista<br>E Obstetra         | 2.897  | 2.000  | 897   | <b>10.830,00</b> | 3.185  | 2.185  | 1.000 | <b>11.040,00</b> | 3.978  | 2.389  | 1.589 | <b>17.450,00</b> | 10060 | 3.486<br>(34,7)  | <b>39.320,00</b>  |
| Médico Fisiatra                            | 1.855  | 6.38   | 1.217 | <b>12.170,00</b> | 2.322  | 635    | 1.687 | <b>16.870,00</b> | 2.493  | 834    | 1.659 | <b>16.590,00</b> | 6670  | 4.563<br>(68,4)  | <b>45.630,00</b>  |
| Médico Nefrologista                        | 6.226  | 4.229  | 1.997 | <b>20.120,00</b> | 4.152  | 2.738  | 1.414 | <b>14.980,00</b> | 2.895  | 1.856  | 1.039 | <b>10.590,00</b> | 13273 | 4.450<br>(33,5)  | <b>45.690,00</b>  |
| Médico Alergista e<br>Imunologista         | 3.369  | 2.117  | 1.252 | <b>12.520,00</b> | 4.845  | 2.956  | 1.889 | <b>18.890,00</b> | 4.959  | 3.062  | 1.897 | <b>18.970,00</b> | 13173 | 5.038<br>(38,2)  | <b>50.380,00</b>  |
| Médico Neurocirurgião                      | 1.157  | 830    | 327   | <b>39.689,80</b> | 572    | 352    | 220   | <b>8.481,00</b>  | 491    | 245    | 246   | <b>2.600,00</b>  | 2220  | 793 (35,7)       | <b>50.770,80</b>  |
| Médico Pneumologista                       | 4.594  | 2.838  | 1.756 | <b>21.505,00</b> | 4.460  | 2.763  | 1.697 | <b>20.545,00</b> | 2.535  | 1.424  | 1.111 | <b>11.350,00</b> | 11589 | 4.564<br>(39,4)  | <b>53.400,00</b>  |
| Médico Reumatologista                      | 5.494  | 4.082  | 1.412 | <b>14.230,00</b> | 7.851  | 5.140  | 2.711 | <b>28.100,00</b> | 6.778  | 4.665  | 2.113 | <b>21.710,00</b> | 20123 | 6.236<br>(31,0)  | <b>64.040,00</b>  |
| Médico Coloproctologista                   | 3.147  | 1.889  | 1.258 | <b>14.270,00</b> | 3.754  | 2.028  | 1.726 | <b>19.190,00</b> | 6.264  | 3.169  | 3.095 | <b>33.890,00</b> | 13165 | 6.079<br>(46,2)  | <b>67.350,00</b>  |
| Médico Cardiologista                       | 7.369  | 4.803  | 2.566 | <b>52.759,60</b> | 6.317  | 3.724  | 2.593 | <b>29.000,00</b> | 10.013 | 5.598  | 4.415 | <b>45.470,00</b> | 23699 | 9.574<br>(40,4)  | <b>127.229,60</b> |
| Médico Angiologista                        | 2.559  | 1.425  | 1.134 | <b>65.765,80</b> | 5.957  | 3.570  | 2.387 | <b>43.046,95</b> | 7.448  | 4.160  | 3.288 | <b>42.297,00</b> | 15964 | 6.809<br>(42,7)  | <b>151.109,75</b> |
| Médico Cirurgião<br>Geral                  | 7.019  | 4.219  | 2.800 | <b>93.084,20</b> | 6.810  | 4.050  | 2.760 | <b>38.936,60</b> | 4.234  | 2.493  | 1.741 | <b>20.720,00</b> | 18063 | 7.301<br>(40,4)  | <b>152.740,80</b> |
| Médico Psiquiatra                          | 13.396 | 8.268  | 5.128 | <b>53.956,00</b> | 15.373 | 9.323  | 6.050 | <b>60.500,00</b> | 12.296 | 7.736  | 4.560 | <b>45.600,00</b> | 41065 | 15.738<br>(38,3) | <b>160.056,00</b> |
| Médico Neurologista                        | 8.654  | 5.260  | 3.394 | <b>58.533,54</b> | 10.915 | 6.598  | 4.317 | <b>64.084,45</b> | 7.683  | 4.465  | 3.218 | <b>40.185,13</b> | 27252 | 10.929<br>(40,1) | <b>162.803,12</b> |
| Médico Urologista                          | 14.736 | 10.237 | 4.499 | <b>79.112,00</b> | 15.638 | 11.052 | 4.586 | <b>49.660,80</b> | 14.798 | 9.522  | 5.276 | <b>55.860,00</b> | 45172 | 14.361<br>(31,8) | <b>184.632,80</b> |
| Médico Gastroenterologista                 | 8.088  | 5.382  | 2.706 | <b>84.532,60</b> | 6.571  | 3.930  | 2.641 | <b>54.047,20</b> | 11.472 | 6.340  | 5.132 | <b>52.840,00</b> | 26131 | 10.479<br>(40,1) | <b>191.419,80</b> |
| Médico Endocrinologista e<br>Metabologista | 16.217 | 10.945 | 5.272 | <b>56.635,00</b> | 18.678 | 12.006 | 6.672 | <b>69.090,00</b> | 19.263 | 12.731 | 6.532 | <b>68.400,00</b> | 54158 | 18.476<br>(34,1) | <b>194.125,00</b> |

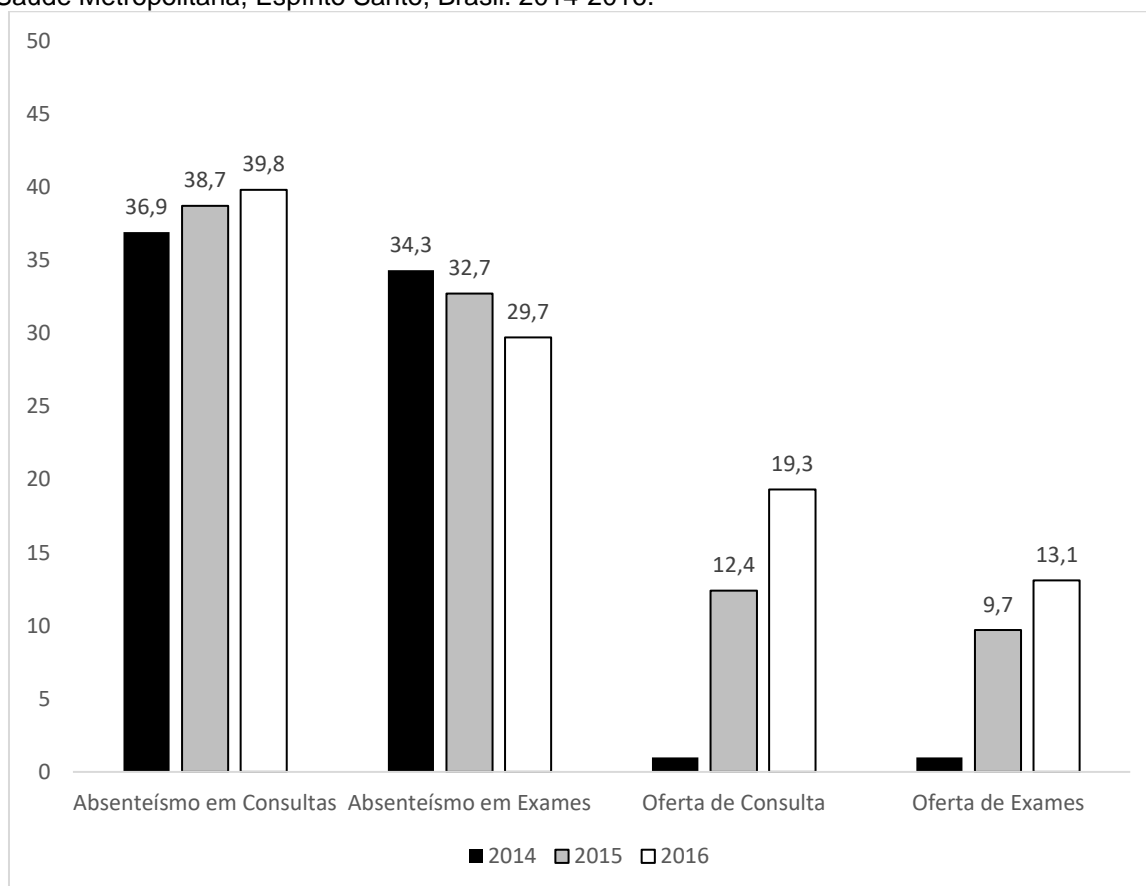
|  |                |                |               |                     |                |                |               |                     |                |                |              |                     |                |                  |                     |
|--|----------------|----------------|---------------|---------------------|----------------|----------------|---------------|---------------------|----------------|----------------|--------------|---------------------|----------------|------------------|---------------------|
| Médico Otorrinolaringologista                                | 18.850         | 11.700         | 7.150         | <b>83.404,40</b>    | 21.081         | 13.261         | 7.820         | <b>84.963,40</b>    | 15.917         | 9.792          | 6.125        | <b>62.490,00</b>    | 55848          | 21.095<br>(37,8) | <b>230.857,80</b>   |
| Médico Dermatologista  | 23.810         | 13.602         | 10.208        | <b>104.810,00</b>   | 25.478         | 14.784         | 10.694        | <b>111.200,00</b>   | 26.782         | 16.106         | 10.676       | <b>110.600,00</b>   | 76070          | 3.1578<br>(41,5) | <b>326.610,00</b>   |
| Médico Ortopedista   | 20.425         | 12.189         | 8.236         | <b>185.651,44</b>   | 28.408         | 16.830         | 11.578        | <b>123.410,37</b>   | 41.935         | 24.662         | 17.273       | <b>181.278,34</b>   | 90768          | 37.087<br>(40,9) | <b>490.340,15</b>   |
| Médico Oftalmologista  | 18.562         | 12.536         | 6.026         | <b>131.920,00</b>   | 19.942         | 12.342         | 7.600         | <b>204.292,68</b>   | 22.468         | 14.127         | 8.341        | <b>222.049,52</b>   | 60972          | 21.967<br>(36,0) | <b>558.262,20</b>   |
| Cirurgião Dentista -<br>Paciente Com<br>Necessidade Especial | 3              | 3              | 0             | -                   | 0              | 0              | 0             | -                   | 0              | 0              | 0            | -                   | 3              | -                | -                   |
|  | <b>200.831</b> | <b>126.705</b> | <b>74.126</b> | <b>1.263.978,18</b> | <b>225.818</b> | <b>138.326</b> | <b>87.492</b> | <b>1.133.236,33</b> | <b>239.533</b> | <b>144.126</b> | <b>95407</b> | <b>1.161.623,37</b> | <b>666.182</b> | <b>257.025</b>   | <b>3.558.837,88</b> |

A: agendada /C: confirmada/ Abs.: absenteísmo/ Ag. Total: agendado total/N: absenteísmo total / Tx. Abs: taxa de absenteísmo

O absenteísmo em consultas especializadas teve aumento médio de 2,9% entre 2014 e 2016. Para as consultas especializadas, no ano de 2014, num total de agendadas de 200.831, a taxa de absenteísmo foi (36,9% - 74.126), em 2015, num total de agendadas de 225.818 (38,7% - 87.492); e, em 2016, num total de agendadas de 239.533 (39,8% - 95.407), sendo a taxa total de absenteísmo de 38,6% (257.025 consultas) (Gráfico 1).

A taxa média de absenteísmo para os exames especializados foi de 32,1% (108.103 exames perdidos). No período estudo, foram 108.103 exames agendados e não realizados, com um desperdício estimado em R\$ 15.007.624,15 (Tabela 2). Para exames especializados, a taxa de absenteísmo vem decrescendo anualmente, sendo com 34,3% em 2014, 32,7% em 2015 e 29,7% em 2016. Em contraste, a oferta que cresceu 9,7% entre 2014 e 2015 e 13,1% entre 2015 e 2016 (Gráfico 1).

**Gráfico 1:** Taxas de absenteísmo e oferta de exames e consultas especializadas na Região de Saúde Metropolitana, Espírito Santo, Brasil. 2014-2016.



Durante o período analisado, foram agendados 336.537 exames especializados e os índices de absenteísmo variaram de 22,3% (diagnóstico por tomografia) a 100% (terapias especializadas). Dos procedimentos com finalidade diagnóstica (grupo 02), quatro exames apresentaram absenteísmo entre 20,0% e 30,0%. Os exames do subgrupo (02.06) - diagnóstico por tomografia (22,3%) apresentaram as menores taxas de absenteísmo, e os do subgrupo (02.01) –exame com coleta de material (28,2%), as maiores taxas. Os outros quatro exames especializados nesse grupo tiveram taxas de absenteísmo entre 30,0 e 40,0%, sendo a menor taxa a dos exames do subgrupo (02.09) –diagnóstico por endoscopia (30,4%) e a maior a do subgrupo (02.04) –diagnóstico por radiologia (39,1%). Exames do grupo 02 somados representaram um desperdício estimado de R\$ 13.774.088,92, o que corresponde a 91,8 % do total de desperdício com o absenteísmo em exames especializados.

Procedimentos vinculados ao grupo 04 – procedimentos cirúrgicos tiveram taxas de absenteísmo entre 30,0% e 70,0%. Cirurgia do aparelho de visão (subgrupo 04.05) apresentou a menor taxa de absenteísmo (34,5%) e o subgrupo (04.04) –cirurgia de vias aéreas superiores, cabeça e pescoço teve a maior taxa de absenteísmo (66,7%). Procedimentos do grupo 03 e 04 somados representaram um desperdício de R\$ 1.233.535,23 (8,2% do total de desperdício nesse segmento), conforme Tabela 2.

**Tabela 2.** Descrição do absenteísmo em Exames especializados na Região de Saúde Metropolitana, Espírito Santo, Brasil. 2014-2016

| DESCRIÇÃO  | 2014           |               |               |                     | 2015           |               |               |                     | 2016           |               |               |                     | 2014-2016      | DESPERDÍCIO           |                      |
|--|----------------|---------------|---------------|---------------------|----------------|---------------|---------------|---------------------|----------------|---------------|---------------|---------------------|----------------|-----------------------|----------------------|
|  | A              | C             | Abs           | Valor               | A              | C             | Abs           | Valor               | A              | C             | Abs           | Valor               | Ag. Total      | Tx. Abs N(%)          | Valor                |
| <b>02-PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>           |                |               |               |                     |                |               |               |                     |                |               |               |                     |                |                       |                      |
| <b>..02.01-<br/>Coleta de material</b>                       | 1.354          | 927           | 427           | 142.603,39          | 1.330          | 979           | 351           | 121.878,46          | 1.391          | 1.018         | 373           | 123.153,30          | 4.075          | 1.151 (28,2)          | 387.635,15           |
| <b>..02.06-<br/>Diagnóstico por tomografia</b>               | 6.754          | 5.139         | 1.615         | 226.876,80          | 7.987          | 6.179         | 1.808         | 266.716,69          | 9.308          | 7.365         | 1.943         | 274.201,81          | 24.049         | 5.366 (22,3)          | 767.795,30           |
| <b>..02.08-<br/>Diagnóstico por medicina nuclear in vivo</b> | 4.419          | 3.211         | 1.208         | 370.829,93          | 3.599          | 2.825         | 774           | 254.287,46          | 3.499          | 2.631         | 868           | 258.294,61          | 11.517         | 2.850 (24,7)          | 883.412,00           |
| <b>..02.11-<br/>Métodos diagnósticos em especialidades</b>   | 14.176         | 9.990         | 4.186         | 227.820,06          | 16.531         | 11.654        | 4.877         | 310.527,67          | 16.664         | 11.192        | 5.472         | 424.720,26          | 47.371         | 14.535 (30,7)         | 963.067,99           |
| <b>..02.04-<br/>Diagnóstico por radiologia</b>               | 27.771         | 15.325        | 12.446        | 432.363,23          | 26.833         | 16.408        | 10.425        | 427.419,72          | 23.274         | 15.692        | 7.582         | 363.127,38          | 77.878         | 30.453 (39,1)         | 1.222.910,33         |
| <b>..02.07-<br/>Diagnóstico por ressonância magnética</b>    | 7.191          | 5.452         | 1.739         | 544.493,45          | 8.710          | 6.881         | 1.829         | 573.885,99          | 9.814          | 7.565         | 2.249         | 766.104,75          | 25.715         | 5.817 (22,7)          | 1.884.484,19         |
| <b>..02.05-<br/>Diagnóstico por ultra-sonografia</b>         | 28.601         | 18.511        | 10.090        | 989.998,75          | 30.988         | 19.542        | 11.446        | 1.097.388,01        | 32.368         | 22.578        | 9.790         | 927.641,32          | 91.957         | 31.326 (34,1)         | 3.015.028,08         |
| <b>..02.09-<br/>Diagnóstico por endoscopia</b>               | 12.992         | 9.223         | 3.769         | 1.008.499,89        | 16.905         | 11.611        | 5.294         | 1.719.830,13        | 19.567         | 13.592        | 5.975         | 1.921.425,86        | 49.464         | 15.038 (30,4)         | 4.649.755,88         |
| <b>Total Procedimentos com Finalidade Diagnóstica</b>        | <b>103.258</b> | <b>67.778</b> | <b>35.480</b> | <b>3.943.485,50</b> | <b>112.883</b> | <b>76.079</b> | <b>36.804</b> | <b>4.771.934,13</b> | <b>115.885</b> | <b>81.633</b> | <b>34.252</b> | <b>5.058.669,29</b> | <b>332.026</b> | <b>106.536 (32,1)</b> | <b>13.774.088,92</b> |
| <b>03-PROCEDIMENTOS CLÍNICOS</b>                             |                |               |               |                     |                |               |               |                     |                |               |               |                     |                |                       |                      |
| <b>..03.09-<br/>Terapias especializadas</b>                  | 1              | -             | 1             | 172,00              | -              | -             | -             | -                   | -              | -             | -             | -                   | 1              | 1 (100,0)             | 172,00               |

|  |                |               |               |                     |                |               |               |                     |                |               |               |                     |                |                       |                      |
|--|----------------|---------------|---------------|---------------------|----------------|---------------|---------------|---------------------|----------------|---------------|---------------|---------------------|----------------|-----------------------|----------------------|
| <b>Total Procedimentos com Terapias Especializadas</b>     | <b>1</b>       | <b>-</b>      | <b>1</b>      | <b>172,00</b>       | <b>-</b>       | <b>-</b>      | <b>-</b>      | <b>-</b>            | <b>-</b>       | <b>-</b>      | <b>-</b>      | <b>-</b>            | <b>1</b>       | <b>1 (100,0)</b>      | <b>172,00</b>        |
| <b>04-PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS</b>                         |                |               |               |                     |                |               |               |                     |                |               |               |                     |                |                       |                      |
| <b>..04.04- Cirurgia vias aéreas super, cabeça pescoço</b> | <b>2</b>       | <b>1</b>      | <b>1</b>      | <b>48,42</b>        | <b>-</b>       | <b>-</b>      | <b>-</b>      | <b>-</b>            | <b>1</b>       | <b>-</b>      | <b>1</b>      | <b>48,42</b>        | <b>3</b>       | <b>2 (66,7)</b>       | <b>96,84</b>         |
| <b>..04.06- Cirurgia do aparelho Circulatório</b>          | <b>-</b>       | <b>-</b>      | <b>-</b>      | <b>-</b>            | <b>-</b>       | <b>-</b>      | <b>-</b>      | <b>-</b>            | <b>37</b>      | <b>15</b>     | <b>22</b>     | <b>56.588,62</b>    | <b>37</b>      | <b>22 (59,5)</b>      | <b>56.588,62</b>     |
| <b>..04.05- Cirurgia do aparelho da visão</b>              | <b>991</b>     | <b>700</b>    | <b>291</b>    | <b>213.393,62</b>   | <b>1.476</b>   | <b>916</b>    | <b>560</b>    | <b>452.180,71</b>   | <b>2.003</b>   | <b>1.312</b>  | <b>691</b>    | <b>511.103,44</b>   | <b>4.470</b>   | <b>1.542 (34,5)</b>   | <b>1.176.677,77</b>  |
| <b>Total Procedimentos Cirúrgicos</b>                      | <b>993</b>     | <b>701</b>    | <b>292</b>    | <b>213.442,04</b>   | <b>1.476</b>   | <b>916</b>    | <b>560</b>    | <b>452.180,71</b>   | <b>2.041</b>   | <b>1.327</b>  | <b>714</b>    | <b>567.740,48</b>   | <b>4.510</b>   | <b>1.566 (34,7)</b>   | <b>1.233.363,23</b>  |
| <b>Total geral</b>   | <b>104.252</b> | <b>68.479</b> | <b>35.773</b> | <b>4.157.099,54</b> | <b>114.359</b> | <b>76.995</b> | <b>37.364</b> | <b>5.224.114,84</b> | <b>117.926</b> | <b>82.960</b> | <b>34.966</b> | <b>5.626.409,77</b> | <b>336.537</b> | <b>108.103 (32,1)</b> | <b>15.007.624,15</b> |

**LEGENDA:** A: Agendada / C: Confirmada / Abs: absenteísmo: Ag. Total: agendado total / N: absenteísmo total / Tx. Abs: Taxa de absenteísmo

#### 6.1.6 Discussão

Os estudos publicados sobre absenteísmo, tanto no Brasil e no exterior, são enfáticos em afirmar que o absenteísmo causa prejuízos monetários, mas poucos apresentam uma abordagem fundamentada em avaliação econômica e métodos analíticos dos serviços para estimar valores envolvidos<sup>4</sup>. O presente estudo, portanto, é pioneiro ao atribuir valores monetários ao não comparecimento dos usuários do SUS a procedimentos agendados no estado do ES.

A estimativa de desperdício monetário acumulado nos três anos estudados com o absenteísmo dos usuários em consultas, exames e outros procedimentos especializados na RSM-ES foi de R\$ 18.566.462,03, valores de 2018. Os resultados corroboram os prejuízos monetário gerados pelo absenteísmo, ainda que as estimativas sejam limitadas pelos dados disponíveis em função das estruturas administrativas existentes nas diversas modalidades de gestão, principalmente nos serviços públicos, deixando a análise muito restrita a valores da Tabela SUS.

Houve crescimento tanto da oferta de consultas e exames como da taxa de absenteísmo em consultas, o que fundamenta a preocupação da gestão estadual com o tema<sup>28</sup>. Os resultados mostram que as taxas de absenteísmo em consultas especializadas (38,6%) e em exames especializados (32,1%) na RSM-ES são altas e estão compatíveis com outros estudos realizados no Brasil que pesquisaram a atenção especializada, confirmando que as taxas altas não são exclusivas daqui, destacando em São Paulo (34,4%)<sup>9</sup>, em Florianópolis (34,4%)<sup>2</sup> e em João Pessoa (39,8%)<sup>3</sup>, preocupando aos gestores, evidenciando que os esforços somados para ampliar a oferta acabam não se efetivando.

A especialidade odontológica para pacientes com necessidades especiais teve taxa zero de absenteísmo, o que, segundo a gerência da Central de Regulação, pode ser justificado pela especialidade ter sido ofertada somente em 2014 e pela possibilidade de baixa oferta de vagas gerar uma grande expectativa nos familiares. Os pacientes especiais de acordo com os comprometerimentos, não

são atendidos na atenção básica odontológica e são encaminhados para a atenção especializada. A menor taxa para a especialidade médico cancerologista cirúrgico (26,4%) e pode ser justificada pela gravidade da patologia já diagnosticada e a necessidade de rápida intervenção.

A consulta com a maior taxa de absenteísmo é a de fisioterapeuta geral (75,8%), o que está em acordo com a revisão sistemática de Dantas et al.<sup>7</sup>, que encontraram a taxa de 79,2%, sendo as causas mais frequentes as limitações de locomoção devido os agravos das patologias crônicas, estando em sintonia com o relato da gerência da Central de Regulação, segundo o qual as faltas podem ser justificadas por falha no registro de comparecimento, por agravos da patologia e também, para alguns casos, a melhora dos sintomas.

Procedimentos com finalidade diagnóstica, como tomografia e ressonância magnética, tiveram as menores taxas de absenteísmo – 22,3 % e 22,7% respectivamente. O menor absenteísmo do grupo pode ser explicado pelo fato de esses exames terem maior complexidade tecnológica e serem em tese solicitados nos casos de uma clínica mais definida, que requer um exame mais qualificado para auxiliar no diagnóstico e na conduta. Apesar de serem menores, essas taxas de absenteísmo são significativas e os valores estimados para desperdício são altos, por serem exames de alta densidade tecnológica, acarretando um desperdício de R\$ 2.652.279,49, o equivalente a 19,3% do total monetário desperdiçado no grupo 02.

Nesse mesmo grupo, observou-se que os exames com menor densidade tecnológica, subgrupo 04, diagnóstico por radiologia, geralmente solicitados quando a clínica não está muito definida, são os que apresentam as maiores taxas de absenteísmo (39,1%). As taxas de absenteísmo altas podem ser explicadas por diversos motivos, podendo destacar-se o longo tempo de espera, que pode cursar com melhora dos sintomas<sup>9</sup>.

O aumento da oferta de consultas nos 20 municípios da RSM-ES no período de estudo evidencia os esforços da gestão para implementar o Plano de Intervenção Regional (PIR), baseado no Plano Diretor de Regionalização (PDR) do ES de

2011, que dividiu o estado em quatro regiões de saúde. O PIR foi influenciado pelo Decreto Federal nº. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei Federal 8.080/1990 e reafirmou a necessidade da reorganização das redes de atenção no âmbito das regiões de saúde<sup>18,33</sup>.

A regionalização, entendida aqui como a diretriz organizativa do SUS, que orienta os processos de descentralização das ações e dos serviços de saúde e a pactuação entre os gestores nos níveis federal, estadual e municipal, visa organizar redes de atenção com distintas densidades tecnológicas<sup>34</sup>. A regionalização orientou a PPI entre o estado e municípios na região de saúde, contemplando os desafios da integralidade do cuidado e das respostas às necessidades da população de disponibilizar serviços de saúde mais próximos do usuário, principalmente na atenção especializada e na alta complexidade<sup>33</sup>.

Considera-se aqui o conceito de integralidade defendido por Giovanella et al.<sup>35</sup>, isto é, a garantia da assistência nos três níveis de atenção à saúde e a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação, em sintonia com o conceito defendido por Pinheiro<sup>36</sup>. Para esta última autora, integralidade é uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço do encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado e em defesa da vida.

A atenção especializada é considerada um verdadeiro anteparo para o bom desempenho e avanço na qualidade do sistema de saúde, podendo constituir-se em um nó crítico dos mais complexos. Por isso, tem sido considerada por gestores e pesquisadores, um desafio para se atingir a integralidade como diretriz do SUS<sup>37,23</sup>. Segundo Mendes<sup>38</sup>, para se alcançar a integralidade, há a necessidade de vincular a assistência e integração dos serviços por meio de redes de saúde, regionalizadas e hierarquizadas, considerando-se a dificuldade em se dispor da totalidade de recursos e competências para a solução de todos os problemas de saúde de uma população. No período do estudo, as redes no ES ainda não estavam definidas. A implantação iniciou-se em setembro de 2017 na região norte do estado, sendo três implantadas em 2018.

Para organizar o fluxo nos três níveis de atenção, a regulação do acesso que é considerada um valioso instrumento da gestão. Essa regulação busca estabelecer um equilíbrio entre a demanda, a oferta e o financiamento<sup>27</sup>. As taxas de absenteísmo crescentes na RSMES indicam que, apesar de a oferta das vagas reguladas ter aumentado, o absenteísmo contribuiu, na prática, para reduzir o acesso à atenção especializada, evidenciando oportunidades de assistência perdidas e contribuindo para aumentar a fila de espera por procedimentos<sup>9</sup>.

O acesso à média complexidade é entendido aqui como a oportunidade de buscar e obter serviços de saúde adequados às necessidades do usuário<sup>38</sup>. A ampliação do acesso às ações e aos serviços é um dos grandes desafios do SUS e exige dos gestores a organização e mecanismos que visem consolidar o sistema<sup>23</sup>. É possível compreender que acesso vai além da utilização do sistema de saúde. É um conceito de múltiplas dimensões, composto por fatores financeiros e não financeiros, que pode variar ao longo do tempo com a evolução e surgimento de novas necessidades para a sociedade<sup>39</sup>.

Os desafios para a oferta da atenção especializada na RSM-ES são grandes, considerando suas características. A realidade dos vinte municípios é muito diferente. Em oito deles a população de residentes está em torno de 15 mil habitantes e, em quatro, ultrapassa 300 mil habitantes, gerando assim grandes diferenças em relação aos investimentos na atenção à saúde. Alguns municípios dispõem somente de serviços básicos evidenciando a necessidade de organização da atenção especializada nas redes de saúde, entre os sistemas municipal e estadual, no âmbito da região<sup>33</sup>. A atenção especializada é estratégica e necessária para dar efetividade e sequência à atenção básica, complementando-a e provendo assistência especializada a quem dela necessitar<sup>40</sup>. Assim, o absenteísmo na atenção especializada é uma preocupação constante para os gestores tanto pela desassistência quanto pelo desperdício<sup>2,9</sup>.

Os custos da AE são altos e englobam procedimentos de maior densidade tecnológica, as chamadas tecnologias especializadas<sup>41</sup>. Entre as pesquisas com

metodologia mais detalhada, do ponto de vista de avaliação econômica, realizadas sobre o tema, podemos destacar uma coorte retrospectiva no Texas, EUA, de 1997-2008, com uma análise incluindo custos diretos e indiretos para vários serviços médicos. O custo médio por paciente do absenteísmo foi de 196 dólares para o ano de 2008<sup>42</sup>. No Brasil, são raros os trabalhos que indicam valores desperdiçados com o absenteísmo, destacando-se uma pesquisa realizada em um hospital público de Uberlândia, que identificou prejuízo, em 2011, de 1,1 milhões por ano, computando os procedimentos não realizados e o seu valor na Tabela SUS<sup>43</sup>.

O conhecimento dos dados sobre o absenteísmo na RSM-ES disponibilizados pela SESA-ES, só foi possível devido à existência do SISREG-ES. O registro dos dados no sistema é passível de falhas e não permite identificar se o absenteísmo ocorreu somente por problemas relacionados ao usuário ou se também foi agravado por questões de gestão. A SESA-ES já identificou como problema os dados superestimados, considerando que, em alguns locais executantes, não é dada baixa no sistema quando o usuário é atendido, confirmando a realização do procedimento, o que compromete os dados encontrados, já que ficam computados como absenteísmo procedimentos realizados<sup>33</sup>.

Considerando as falhas recorrentes no registro dos atendimentos, nos diversos locais executantes, incluindo os serviços próprios, a SESA-ES adotou medidas administrativas para atender à necessidade de adequação do Registro (chave de agendamento) de todos os usuários SUS, atendidos via SISREG, publicando, em 20/11/2018, no Diário Oficial, a Portaria 084-R/2018, que normatiza a baixa obrigatória no SISREG dos procedimentos realizados, que devem ser atualizados diariamente. Pretende-se com esta medida obter dados mais próximos do real sobre a atenção ao usuário.

São limitações desse estudo a fragilidade do banco de dados gerado no SISREG-ES, em função do não registro no sistema dos atendimentos realizados, que gera uma taxa maior de absenteísmo. Outra limitação, foi a falta de análise econômica por local executante, de modo que não há informações sobre o custo

real por procedimento. Considerando os dados disponíveis, não é possível afirmar que todos os valores são realmente desperdiçados, devido às particularidades no desembolso monetário por serviços prestados nas diferentes modalidades de gestão na RSM (serviços públicos estadual e federal, serviços filantrópicos, serviços privados e serviços públicos estadual com gestão de organizações sociais). O custo estratificado por local daria ao estudo um valor do desperdício mais próximo do real. Neste trabalho não foi possível uma análise mais detalhada devido às limitações dos dados disponíveis por local executante.

As causas do absenteísmo são muito variadas e estão relacionadas à gestão, ao usuário e ao trabalhador. Entretanto, um estudo realizado na atenção especializada na Espanha analisou essas causas e concluiu que o percentual de causas evitáveis é de 52,4%<sup>6</sup>. Isso sugere que haja amplo espaço para a implementação de esforços de correção. Justifica-se, portanto, uma análise individualizada futura do comportamento do absenteísmo em cada especialidade para subsidiar esses esforços.

#### 6.1.7 Conclusão

O absenteísmo de usuários é um problema crônico nos sistemas de saúde no Brasil e no mundo, que pode inviabilizar a sustentabilidade da ampliação da oferta de serviços especializados. O absenteísmo na atenção especializada é crescente na RSM-ES, com prejuízos para a gestão pública e para os usuários, levando em consideração, principalmente, o prejuízo social que ele acarreta. Salienta-se que as taxas de absenteísmo e os valores monetários encontrados representam dados significativos para o sistema de saúde pública.

Sugere-se que sejam buscadas as causas do absenteísmo relacionadas com a gestão e as particularidades do usuário, a fim de propor medidas de redução viáveis. Considera-se a integralidade da atenção como um dos maiores desafios do SUS, que exigem medidas inovadoras e capazes de promover cada vez mais um atendimento mais humanizado e comprometido com a vida.

Os dados de custos por serviço são importantes informações que ajudam na tomada de decisão por gestores, sobre investimentos e prioridades, apoiando a maior eficiência nos gastos em saúde. Assim, pode-se concluir que otimizar os recursos disponíveis e combater o desperdício, sem comprometer a qualidade da assistência, será um desafio constante na agenda dos gestores do SUS na atualidade e nos próximos anos.

## REFERÊNCIAS

- 1 Santos JS. Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: um estudo em um município baiano. Vitória da Conquista. Dissertação [Mestrado em Gestão de Sistemas de Saúde] – Universidade Federal da Bahia; 2008.
- 2 Bender ADS, Molina LR, Mello ALSFD. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. Espaço Saúde (Online). 2010; 11(2):56-65.
- 3 Cavalcanti RP, Cavalcanti JCM, Serrano RMSM, Santana PRD. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistemas de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. Rev Tempus Actas Saúde Col. 2013; 7(2):63-84.
- 4 Ellis DA, Jenkins R. Weekday affects attendance rate for medical appointments: large-scale data analysis and implications. PLoS ONE. 2012; 7(12):e51365.
- 5 Giunta D, Briatore A, Baum A, Luna D, Waisman G, Bernaldo de Quiros FG. Factors associated with nonattendance at clinical medicine scheduled outpatient appointments in a university general hospital. Patient Prefer Adherence. 2013; 7:1163-70.

- 6 Jabalera Mesa ML, Morales Asencio JM, Rivas Ruiz F. Determinants and economic cost of patient absenteeism in outpatient departments of the Costa del Sol Health Agency. *An Sist Sanit Navar*. 2015; 38(2):235-45.
- 7 Dantas LF, Fleck JL, Cyrino Oliveira FL, Hamacher S. No-shows in appointment scheduling: a systematic literature review. *Health Policy*. 2018; 122(4):412-21.
- 8 Oleskovicz M, Oliva FL, Hildebrand e Grisi C, Lima AC, Custódio I. Técnica de *overbooking* no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(5):1009-17.
- 9 Bittar OJNV, Magalhães A, Martines CM, Felizola NGB, Falcão LHB. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. *BEPA*. 2016; 13(152):19-32.
- 10 Izecksohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014; 9(32):235-41.
- 11 Ferreira MB, Lopes AC, Lion MT, Lima DC, Nogueira DA, Pereira AA. Absenteísmo em consultas odontológicas programáticas na estratégia de saúde da família. *Rev Univ Vale do Rio Verde*. 2016; 14(1):411-9.
- 12 Gonçalves CÂ, Vazquez FL, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC, Sarracini KLM, et al. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. *CiêncSaúde Coletiva*. 2015; 20(2):449-60.

- 13 Gurol-Urganci I, Jongh T, Vodopivec-Jamsek V, Atun R, Car J. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; (12):CD007458.
- 14 Stubbs ND, Geraci SA, Stephenson PL, Jones DB, Sanders S. Methods to reduce outpatient non-attendance. *Am J Med Sci.* 2012; 344(3):211-9.
- 15 Bech M. The economy of non-attendance and the expected effect of collecting a fine from non-participants. *Health Policy.* 2005; 74(2):181-91.
- 16 Mbada CE, Ajayi O, Agbeja OB, Mbada KA, Awotidebe TO, Oghumu SN. Non-attendance for out-patient physiotherapy:evaluation,prediction and physiotherapists'perceptions (a cross-sectional study). *J Phys Ther.* 2013; 7:12-22.
- 17 Mendes EV. *As redes de atenção à saúde.* 2. ed. Brasília:OPAS; 2011.
- 18 Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RA, Barata RB, Rodrigues LC. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet.* 2011; 377(9780):1877-89.
- 19 Mendes EV. *As redes de atenção à saúde.* *CiêncSaúde Coletiva.* 2010; 15(5):2297-305.
- 20 Campos GWS. *SUS: o que e como fazer?* *CiêncSaúde Coletiva.* 2018; 23(6):1707-14.
- 21 Paim JS. *Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos.* *CiêncSaúde Coletiva.* 2018; 23(6):1723-8.

- 22 Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis*. 2010; 20(3):953-72.
- 23 Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(Supl. 1):126-34.
- 24 Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011; 377(9781):1949-61.
- 25 Souza MFM, Malta DC, França EB, Barreto ML. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *CiêncSaúde Coletiva*. 2018; 23(6):1737-50.
- 26 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 4 ago 2008.
- 27 Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde Debate*. 2012; 36(95):640-7.
- 28 Ferreira B. Faltas em consultas médicas pelo SUS chegam a 46% no ES [Internet]. 2015 set 14 [acesso em 08 ago 2018]. Disponível em: URL: <<https://blog.atencaobasica.org.br/2015/09/14/faltas-em-consultas-medicas-pelo-sus-chegam-a-46-no-es/>>.
- 29 Garcia LP. A economia desumana: porque mata a austeridade. *CadSaúde Pública*. 2016; 32(11):e00151116.

- 30 Holst J, Giovanella L, Andrade GCL. Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos. *SaúdeDebate*. 2016; 40(nº esp.):213-26.
- 31 Silva EN, Silva MT, Pereira MG. Estudos de avaliação econômica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25(1):205-7.
- 32 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Censo 2010 [acesso em 08 ago 2018]. Disponível em: URL: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>.
- 33 Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde [Internet]. Plano Diretor de Regionalização (PDR) [acesso em 08 ago 2018]. Disponível em: URL: <[https://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/PDR-Plano%20Diretor%20de%20Regionaliza%C3%A7%C3%A3o\\_ES\\_2011.pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/PDR-Plano%20Diretor%20de%20Regionaliza%C3%A7%C3%A3o_ES_2011.pdf)>.
- 34 Lima LD, Viana ALÁ, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *CiêncSaúde Coletiva*. 2012; 17(11):2881-92.
- 35 Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde Debate*. 2002; 26(60):37-61.
- 36 Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 21-36.
- 37 Göttems LBD, Pires MRGM. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. *Saúde Soc*. 2009; 18(2):189-98.

- 38 Mendes EV. O acesso à atenção primária à saúde. Brasília: CONASS; 2016.
- 39 Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Pública. 2012; 31(3):260-8.
- 40 Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. CiêncSaúde Coletiva. 2017; 22(3):941-51.
- 41 Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-76.
- 42 Kheirkhah P, Feng Q, Travis ML, Tavakoli-Tabasi S, Sharafkhaneh A. Prevalence, predictors and economic consequences of no-shows. BMC Health Serv Res. 2016; 16: 13.
- 43 Fernandes A [Internet]. Uma em quatro pessoas não vai à consulta.[acesso em 08 ago 2019]. Disponível em: URL: <<http://www.correiodeuberlandia.com.br/cidade-e-regiao/uma-a-cada-4-pessoasnao-vai-as-consultas/>>.

## 6.2 Artigo 2

### **ABSENTEÍSMO DE USUÁRIOS COMO FATOR DE DESPERDÍCIO NAS MODALIDADES DE GESTÃO NA SAÚDE<sup>2</sup>**

---

<sup>2</sup>Artigo a ser submetido à revista Cadernos de Saúde Pública (ISSN: 0102-311X)

### 6.2.1 Resumo

**Introdução:** o absenteísmo de usuários é considerado um problema crônico mundial na assistência à saúde, tanto no setor público como no privado, levando ao desperdício de recursos. **Objetivo:** estimar a taxa e o desperdício de recursos monetários vinculados ao absenteísmo de usuários em consultas e exames especializados, nas diferentes modalidades de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo (RSM-ES), nos anos de 2014 a 2016. **Métodos:** foram analisados 1.002.719 procedimentos, sendo 666.182 consultas e 336.537 exames agendados nos 38 locais executantes, sendo 07 da administração direta e 31 da indireta. Os dados foram dos registros administrativos do Sistema de Regulação do Estado do Espírito Santo (SISREG-ES). Os valores monetários foram obtidos usando a Tabela SUS, tabela complementar de convênios e tabela de custos estimados, segundo o tipo de prestador. **Resultados:** para consultas, foram encontradas as maiores taxas e valores desperdiçados com o absenteísmo, no serviço privado 42,7% (R\$ 2.000,00) e no público 39,1% (R\$2.255.320,00). Para exames, no filantrópico 34,9% (4.459.951,03) e no público com gestão OSS 32,4% (R\$8.943.943,26). **Conclusão:** a quantidade de estabelecimentos, a produção e o volume de recursos ofertados pelo SUS para exames especializados se concentram na administração indireta, tendo o setor filantrópico e o público com gestão de OSS como principais provedores. As taxas e os valores desperdiçados nas diferentes modalidades de gestão evidenciam o desafio na agenda dos gestores do SUS para garantir a integralidade da atenção.

**Palavras-chave:** Absenteísmo. Atenção secundária à saúde. Gestão em saúde. Integralidade em saúde. Administração de serviços de saúde.

### 6.2.2 Abstract

**Introduction:** Absenteeism is a chronic healthcare problem worldwide in both the public and private sectors, leading to waste of financial resources. **Objective:** To estimate the rate and the waste of monetary resources linked to patient absenteeism in consultations and specialized examinations on the management modalities of the Brazilian Unified Health System (SUS) in the Metropolitan Health Region of the state of Espírito Santo (RSMES), from 2014 to 2016. **Methods:** A total of 1,002,719 procedures were analyzed, of which 666,182 were medical consultations and 336,537 were examinations scheduled in one of the 38 executing sites, being 7 from direct administration and 31 from indirect administration. Data were obtained from the administrative records of the Regulation System of the State of Espírito Santo (SISREG-ED). Monetary values were obtained from the SUS table, a complementary table of contracts and a table of estimated costs according to the type of service provider. **Results:** For medical consultations, the highest rates and values wasted with absenteeism were found, in the private service 42.7% (R\$ 2,000.00) and in the public 39.1% (R\$ 2,255,320.00). For exams, in philanthropic 34.9% (R\$ 4,459,951.03) and in the public with OSS management 32,4% (R\$ 8,943,943.26) **Conclusion:** The amount of healthcare units, the production and the amount of resources provided by the SUS for specialized examinations were mostly destined to indirect administrations, mainly the philanthropist and the public with health social organization providers. The rates of absenteeism and the wasted resources evidence the challenge in the SUS manager's agenda.

**Keywords:** Absenteeism. Secondary health care. Health management. Integrality in health. Administration of health services.

### 6.2.3 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil se configura como um dos maiores sistemas universais do mundo. Entretanto, desde seu nascimento, ele sofre com a concorrência do setor privado e enfrenta constrangimentos que afetam a capacidade do Estado em garantir o direito universal à saúde<sup>1</sup>. Na gestão do sistema, alguns desafios ameaçam a diretriz da integralidade. Entre estes, está o absenteísmo de usuários, que contribui de maneira significativa para restrição do acesso aos serviços de saúde. O absenteísmo considerado um problema crônico na assistência à saúde, tanto no setor público como no privado, no Brasil e no mundo<sup>2-7</sup>.

Considerando o absenteísmo como um tema mundial relevante, Dantas et al<sup>8</sup> identificaram que a taxa média de não comparecimento (absenteísmo) é de 23%, sendo as maiores taxas encontradas no continente africano (43,0%), seguido pela América do Sul (27,8%), Ásia (25,1%), América do Norte (23,5%), Europa (19,3%) e Oceania (13,2%). No Sistema Único de Saúde (SUS), o absenteísmo tem-se revelado como um problema frequente em diversos tipos de atendimentos e especialidades médicas<sup>9</sup>, podendo atingir percentuais altos no país<sup>10</sup>, com taxas próximas ou superior a 25%<sup>9</sup>.

Os estabelecimentos de saúde que atendem aos usuários do SUS exibem algumas composições organizacionais, formatos de administração e modelos de gestão<sup>11</sup>, podendo gerir, manter e prestar serviços de forma direta e indireta, inclusive mediante a participação complementar da iniciativa privada<sup>12</sup>. Na administração direta, as atividades gerenciais são desempenhadas pelo próprio Estado, através de sujeitos e órgãos que o integram e na administração indireta ele delega a atribuição de gerir a entes personalizados que, mantendo o vínculo estatal, prestam serviços públicos ou de interesse público<sup>13</sup>.

Nesse contexto, a iniciativa privada possui participação no SUS em caráter complementar, mediante contrato regido pelo direito público, desde na Constituição Federal (CF), pelo artigo 199, quanto, por meio da Lei 8.080/1990<sup>14</sup>. Em consonância, a Lei nº 9.637/1998<sup>15</sup> viabilizou as Organizações Sociais de

Saúde, e a Portaria nº 1034/ GM/ MS<sup>12</sup> que dispõe sobre a participação complementar de serviços privados, já indicava a tendência do aparelho jurídico-político do Estado em incentivar a ampliação do setor privado no SUS<sup>16</sup>.

Na legislação brasileira, a participação complementar do setor privado na saúde se efetua por meio de contratos administrativos, convênios e contratos de gestão, quando há necessidade comprovada desta cooperação, mediante a impossibilidade de ampliação dos serviços próprios<sup>12</sup>, possibilitando, também, complementar o valor da Tabela SUS, ao prestador, com recursos próprios sem prejudicar o acesso<sup>17</sup>.

Sob esses aspectos, é possível verificar que o SUS vem legalmente atrelado à participação do setor privado ao longo de sua existência, o que gera dificuldades de criar e manter um modelo de gestão pública que assegure a prestação de serviços à população sem depender da complementação do setor privado<sup>16</sup>.

Na tentativa de integrar os serviços de saúde disponíveis, privados e filantrópicos na conjuntura da descentralização do SUS, o Estado brasileiro delegou aos municípios a função de estabelecer contratos e convênios com esses prestadores<sup>18</sup>. Segundo Paim,<sup>19</sup> o setor privado está visivelmente paralelo ao SUS, em várias situações, deixando o sistema de serviços de saúde no Brasil complexo e segmentado, comprometendo o acesso, a qualidade e a integralidade da atenção. A tendência à privatização é um problema ainda não resolvido, considerando que na atualidade, o SUS não tem condições de substituir o setor privado na sua cobertura<sup>20</sup>.

No Brasil, são poucas as publicações científicas que avaliam as diferentes modalidades de gestão de serviços de saúde no SUS. Em uma revisão narrativa sobre o tema, Ravioli, Soares e Scheffer<sup>21</sup>, concluem que as publicações são restritas e concentradas, em sua maioria, no estado de São Paulo, sendo inconclusivas quanto à superioridade de um modelo de gestão sobre o outro, deixando, assim, uma importante lacuna sobre as características, o funcionamento e a eficácia dos arranjos e modelos em curso no sistema de saúde brasileiro.

Assim, um dos grandes problemas do SUS, reconhecido também pelo governo federal, é a estruturação insuficiente e heterogênea da rede de cuidados especializados, tornando-a um gargalo na construção do Sistema<sup>22</sup>. A compra de serviços do setor privado complementar se dá principalmente nas demandas de profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos para apoio, diagnóstico e tratamento<sup>23</sup>.

No SUS, tem sido crescente as demandas por procedimentos diagnósticos e terapêuticos, em razão do envelhecimento da população e do maior acesso aos serviços de saúde e seus meios de diagnósticos na atenção especializada, o que impõe novos desafios e novas prioridades ao sistema de saúde<sup>24,25</sup>. O cuidado especializado é necessário para dar efetividade e consequência à atenção básica e prover assistência aos que dela necessitam, complementando-a, para que o sistema aproxime-se da integralidade desejada<sup>26</sup>.

Mediante as dificuldades para garantir a integralidade, a regulação do acesso constitui-se em um potente instrumento de intervenção na realidade, visando a consolidar o acesso de maneira mais equitativa e justa para o usuário<sup>27</sup>, tornando-se imprescindível com a finalidade de assegurar que se atinjam os grandes objetivos sociais do sistema de saúde<sup>28</sup>.

Na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo (RSM-ES), o absenteísmo na atenção especializada é um problema frequente, verificado pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA-ES), e tem ocasionado prejuízos à população e aos cofres públicos, visto que muitos usuários do SUS com consultas e exames agendados nas diversas especialidades não comparecem e não desmarcam. Segundo os dados da SESA-ES, no primeiro semestre de 2015, a taxa de absenteísmo foi de 38%, para consultas e exames especializados agendados pela Central de Regulação<sup>29</sup>.

Considerando os desafios da atualidade na gestão do sistema, os recursos disponíveis precisam ser otimizados e, segundo Giovanella<sup>1</sup> a Emenda Constitucional (EC) 95/2016 colocou em risco as bases constitucionais da

Seguridade Social no país, em função do congelamento das despesas do governo para os próximos 20 anos. Devido ao longo tempo previsto, as bases do SUS e das demais políticas sociais serão alteradas, face a restrições a que já estão sendo submetidas que descaracterizam sua acepção original na Constituição Federal<sup>30</sup>.

Diante dessas considerações, é possível concluir que o absenteísmo é uma fonte de desperdícios de recursos, e a gestão deve conhecê-lo, quantificando-o, por meio de custos de procedimentos não realizados<sup>10</sup>. Assim, o objetivo desta pesquisa foi estimar o valor monetário desperdiçado em consultas e exames especializados a fim de identificar as taxas de absenteísmo nas diferentes modalidades de gestão na RSM-ES.

#### 6.2.4 Métodos

Trata-se de um estudo descritivo baseado em dados administrativos, conduzido na RSM-ES, no Estado do Espírito Santo, localizado na Região Sudeste do Brasil, sendo o estado menor e menos populoso da região. A RSM-ES é composta por 20 municípios, incluindo a capital do estado, e apresenta os melhores Índices de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) do estado, variando de 0,68 a 0,856, com uma população estimada para 2018 de 2.219.349 habitantes de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Apresenta diferenças significativas do número populacional entre os municípios, sendo que em seis municípios a população de residentes está em torno de 15 mil habitantes e, em quatro, é maior que 300 mil habitantes. Concentra 55,87% de toda a população do estado do Espírito Santo, segundo dados do IBGE. Dos cinco municípios litorâneos, 98,7% são de população urbana. A concentração de ofertas de serviços especializados, está na capital e nos municípios próximos a ela. Alguns municípios mais distantes da capital, em torno de 153,90, apresentam oferta de serviços limitada à atenção básica, destacando que a região apresenta grandes desigualdades entre os municípios, principalmente em relação aos serviços de saúde<sup>31</sup>.

Os 38 locais executantes estão distribuídos nas diferentes modalidades de gestão, sendo 07 serviços públicos da administração direta – 06 estadual e 01 federal – 31 da administração indireta, distribuídos em 20 privados, 03 públicos com gestão de OSS e 08 filantrópicos.

Ao analisar a localização dos 38 locais executantes que prestam serviços regulados de consultas e exames especializados na RSM-ES, identificamos que 19 estão localizados em Vitória, na capital, o equivalente a (50%) dos serviços executantes. Os outros estão num total de 11(29%) em Vila Velha, 01 (2,6%), 04 (10,5%) em Serra, 02(5,3%) em Guarapari, 01 (2,6%) em Cariacica e 01(2,6%) em Domingos Martins, conforme Quadro 1. Observa-se que é grande a concentração desses estabelecimentos em Vitória e em municípios vizinhos, sendo os mais distantes da capital, os de Guarapari (58,8km) e Domingos Martins (52,2km). Para definir a distância dos municípios da região aonde estão localizados os serviços, considerou-se Vitória, a capital do estado, como km 0, para a referência das distâncias em km.

**Quadro 1 - Número e localização dos locais executantes por modalidade de gestão, na RSM-ES de 2014-2016.**

| Serviços por modalidade de gestão | Vitória   | Vila Velha | Serra    | Guarapari | Cariacica | Domingos Martins | Total por modalidade |
|-----------------------------------|-----------|------------|----------|-----------|-----------|------------------|----------------------|
| Distância em km de Vitória        | 0         | 7          | 23,4     | 58,8      | 29,8      | 52,2             | -                    |
| <b>GESTÃO DIRETA</b>              |           |            |          |           |           |                  |                      |
| Serviços Públicos                 | 3         | 2          | 1        | -         | 1         | -                | <b>07</b>            |
| <b>GESTÃO INDIRETA</b>            |           |            |          |           |           |                  |                      |
| Serviços Públicos com gestão OSS  | 2         |            | 1        | -         | -         | -                | <b>03</b>            |
| Serviços privados filantrópicos   | 4         | 2          | -        | 1         | -         | 1                | <b>08</b>            |
| Serviços privados                 | 10        | 7          | 2        | 1         | -         | -                | <b>20</b>            |
| <b>TOTAL POR MUNICÍPIO</b>        | <b>19</b> | <b>11</b>  | <b>4</b> | <b>2</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>         | <b>38</b>            |

Foram utilizados todos os dados dos agendamentos realizados no período de janeiro a dezembro de 2014 a 2016, num total de 1.002.719 procedimentos para consultas e exames especializados, agendados pelo SISREG-ES, fornecidos pela SESA-ES. Os procedimentos agendados referem-se às vagas disponibilizadas por especialidades pela Programação Pactuada Integrada (PPI), realizada entre estado do Espírito Santo e os municípios da região. Para

um total de 38 locais executantes, foram analisadas 666.182 consultas especializadas e 336.537 exames especializados. Os diferentes locais executantes, participaram de maneiras variadas por especialidade de agendamentos em estabelecimentos públicos e contratados do SUS – estabelecimentos privados, filantrópicos e serviços públicos com gestão de Organizações Sociais de Saúde (OSS).

As variáveis selecionadas foram: ano (2014, 2015 e 2016), procedimento agendado (códigos para tipos de consulta e exame especializados agendados), procedimento confirmado (realizado com o comparecimento do paciente), procedimento não confirmado (absenteísmo devido ao não comparecimento do paciente), consultas especializadas e exames especializados (rol de procedimentos da atenção de média complexidade) e local executante (locais de referência, onde os procedimentos em consultas e exames especializados foram realizados). Inicialmente os dados foram separados em consultas e exames e ano de agendamento.

Para as consultas, diante das diversas denominações usadas pelo SISREG-ES, foi necessário utilizar a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho, que é uma norma de classificação numerativa e descritiva de atividades profissionais, para recodificar a especialidade médica e outras do profissional executante. As diversas denominações para a mesma especialidade foram agrupadas em uma única classificação da CBO para posterior codificação e definição de correspondência (de-para), com os procedimentos das tabelas de valores/preços utilizados.

As consultas foram agrupadas por especialidades para cada local executante, quantificando-se o número de consultas agendadas, consultas confirmadas, absenteísmo e o montante financeiro por especialidade por ano. Posteriormente foram reagrupadas nas especialidades, por ano e por modalidade de gestão.

Os exames especializados, os procedimentos estavam codificados pela tabela do SISREG-ES e foi necessário recodificá-los pela Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Estratégicos do SUS – Tabela SUS

usando o mesmo procedimento adotado para as consultas. Após, foi inserido o preço individual dos procedimentos de exames de acordo com a modalidade de gestão igual nas consultas. Após, os exames foram agrupados para cada local executante.

As consultas e os exames agregados nos diversos locais executantes, 38 ao todo, foram reagrupados de acordo com a modalidade de gestão. Para definir as modalidades de gestão, foram considerados os serviços de referência para a RSM-ES. Na gestão direta, estão os serviços públicos, próprios do estado e do governo federal. Na gestão indireta, entre os serviços filantrópicos, foram consideradas as instituições sem fins lucrativos filantrópicas conveniadas com o estado; entre os serviços públicos com gestão de OSS, estão os estabelecimentos públicos estaduais na RSM-ES cedidos para as Organizações Sociais, que são instituições privadas sem fins lucrativos, por meio de contratos de gestão; e, entre os serviços privados, empresas com fins lucrativos credenciadas com o estado para atender à RSM-ES.

Os valores atribuídos a cada procedimento variaram segundo remunerações vinculadas aos locais executantes e respectivas naturezas administrativas. Para os procedimentos realizados nos estabelecimentos públicos estadual e federal (gestão direta) e contratados SUS, a referência para valores foi a Tabela SUS, ressaltando que, no serviço público federal, também foi utilizada tabela complementar de convênio. Para os serviços filantrópicos, foram somados os valores das tabelas complementares dos aditivos de 2018 fornecidos pela SESA-ES e os valores da Tabela SUS/2018.

Para os serviços públicos com gestão de Organizações Sociais (OSS), foi utilizada tabela de custos estimados por local executante, fornecida pela SESA-ES e elaborada utilizando um *software* desenvolvido pela empresa de consultoria nacional Planisa, que adota a ferramenta denominada de *Key performance Indicators for health* (KPIH) para efetuar o sistema de gestão de custos. Todos os valores foram atualizados para o ano de 2018.

Os dados monetários foram estimados em um comparativo de valores dos procedimentos de consulta e exames especializados, usando a Tabela SUS como parâmetro de preço para todas as modalidades de gestão e a tabela diferenciada para os locais executantes que usam valores diferenciados, como os hospitais filantrópicos e hospitais com gestão de OSS.

A taxa de absenteísmo anuais para consultas e exames especializados, em cada modalidade de gestão, foi calculada com a divisão do total de procedimentos não confirmados (absenteísmo) (numerador) pelo total de procedimentos agendados) (denominador) para cada modalidade de gestão, multiplicando-se o resultado por 100.

O percentual de procedimento agendado para exames e consultas especializados em cada modalidade de gestão de 2014-2016, foi calculado com a divisão do total de procedimentos agendados para a modalidade (numerador) pelo número total de agendamentos (denominador) nas diversas modalidades, multiplicando-se o resultado por 100.

Os valores monetários estimados para desperdício foram obtidos mediante a multiplicação do total de procedimentos não confirmados (absenteísmo) anualmente, por modalidade de gestão, pelos valores atribuídos a cada procedimento segundo a natureza administrativa do local executante.

Para as análises foi utilizado o Programa *Microsoft Office Excel 2010* e os dados foram apresentados de acordo com o objetivo da análise. O estudo foi autorizado pela SESA-ES por meio do Temo de Anuência, datado de 26/9/2017 constante no processo nº 79619819/2017 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFES, respeitando a resolução do Conselho Nacional de Saúde, aprovado em 2/5/2018, protocolo nº 2.631.695.

#### 6.2.5 Resultados

Durante o período estudado, nos anos de 2014 a 2016, foram contabilizados 666.182 procedimentos de consultas especializadas agendadas em 34

especialidades e 336.537 procedimentos de exames especializados, ambos agendados nos diversos locais executantes, agregados em quatro modalidades de gestão. Para as consultas, a taxa média de absenteísmo no período, foi de 38,6% (257.025 consultas), e um desperdício atribuído ao absenteísmo estimado de R\$ 3.558.837,88. Para os exames especializados, a taxa média de absenteísmo foi de 32,1% (108.103 exames especializados) com um desperdício atribuído ao absenteísmo de R\$ 15.007.624,15(Tabela 1).

Para as consultas especializadas, as taxas de absenteísmo por modalidade de gestão variaram de 35,5% (serviço filantrópico) a 42,7% (serviço privado). A menor taxa foi de 35,5%, no serviço filantrópico, com um total estimado de desperdício com o absenteísmo de R\$ 341.750,00. O serviço público ficou com a segunda menor taxa de 39,1%, num total de R\$ 2.255.320,00, seguido do serviço público com gestão de OSS, com taxa de 39,6%, e um total de R\$ 959.767,88. A maior taxa, 42,7% foi do serviço privado, num total de R\$ 2.000,00.

Entre os valores monetários desperdiçados atribuídos ao absenteísmo nas diferentes modalidades de gestão, o menor foi encontrado no serviço privado (R\$ 2.000,00), seguido do serviço filantrópico (R\$ 341.750,00) e do serviço público com gestão de OSS (R\$ 959.767,88). O maior valor foi encontrado no serviço público (R\$ 2.255.320,00). Entretanto, vale destacar que 82,8% dos procedimentos de consultas foram agendados no serviço público.

Considerando o total dos serviços de consultas especializadas agendadas nos 38 locais executantes, a taxa de oferta foi de (0,1%) para o serviço privado, seguida pelo serviço público com gestão de OSS de (2,7%) e pelo serviço filantrópico (14,4%). A maior oferta de agendamento de consultas especializadas foi de (82,8%) no serviço próprio (Tabela 1).

Para os exames especializados, as taxas de absenteísmo por modalidade de gestão variaram de 26,1% a 34,9%. A menor taxa (26,1%) foi atribuída aos serviços privados, num total de desperdício de R\$ 781.687,87, seguido da taxa de 28,5% dos serviços públicos, num total de R\$ 822.041,99. Para os serviços

públicos com gestão de OSS, a taxa de absenteísmo foi de 36,9%, num total de R\$8.943.943,26. A maior taxa de absenteísmo (37,7%) ocorreu nos serviços filantrópicos, com um total de R\$ 4.896.346,95 (Tabela 1).

Quanto à taxa de oferta de exames especializados agendados, a menor foi 8,9% nos serviços privados, seguidos dos serviços públicos, com 16,5%. Nos serviços públicos com gestão de OSS, foi de 36,9%. A maior oferta de agendamentos de exames especializados ocorreu nos serviços filantrópicos (37,7%)(Tabela1).

Tabela 1 –Procedimentos de consultas e exames com respectivas, taxas de serviço e de absenteísmo por modalidade de gestão e valores das tabelas diferenciadas e Tabela SUS.

| CONSULTAS                         |                |                |               |                     |                |                |               |                     |                |                |               |                     |                |              |                |                      |             |  |
|-----------------------------------|----------------|----------------|---------------|---------------------|----------------|----------------|---------------|---------------------|----------------|----------------|---------------|---------------------|----------------|--------------|----------------|----------------------|-------------|--|
|                                   | 2014           |                |               |                     | 2015           |                |               |                     | 2016           |                |               |                     | 2014-2016      |              |                |                      |             |  |
|                                   | A              | C              | Abs.          | Valor R\$           | A              | C              | Abs.          | Valor               | A              | C              | Abs.          | Valor               | Agendamento    |              | Desperdício    |                      |             |  |
|                                   |                |                |               |                     |                |                |               |                     |                |                |               |                     | Total          | %            | N              | R\$                  | %           |  |
| <b>Serviço filantrópico</b>       | 30.039         | 19.922         | 10.117        | 101.170,00          | 31.773         | 20.305         | 11.468        | 114.680,00          | 34.316         | 21.726         | 12.590        | 125.900,00          | 96.128         | 14,4         | 34.175         | 341.750,00           | 35,5        |  |
| <b>Serviço público*</b>           | 160.389        | 100.376        | 60,013        | 624.010,00          | 189.587        | 115.493        | 74.094        | 775.100,00          | 201.444        | 120.097        | 81.347        | 856.210,00          | 551.420        | 82,8         | 215.454        | 2.255.320,00         | 39,1        |  |
| <b>Serviço público/gestão OSS</b> | 10.186         | 6.293          | 3.893         | 537.768,18          | 4.358          | 2.466          | 1.892         | 243.076,33          | 3.622          | 2.211          | 1.411         | 178.923,37          | 18.166         | 2,7          | 7.196          | 959.767,88           | 39,6        |  |
| <b>Serviços privados</b>          | 217            | 114            | 103           | 1.030,00            | 100            | 62             | 38            | 380,00              | 151            | 92             | 59            | 590,00              | 468            | 0,1          | 200            | 2.000,00             | 42,7        |  |
| <b>Total</b>                      | <b>200.831</b> | <b>126.705</b> | <b>74.126</b> | <b>1.262.948,18</b> | <b>225.818</b> | <b>138.326</b> | <b>87.492</b> | <b>1.132.856,33</b> | <b>239.533</b> | <b>144.126</b> | <b>95.407</b> | <b>1.161.033,37</b> | <b>666.182</b> | <b>100,0</b> | <b>257.025</b> | <b>3.558.837,88</b>  | <b>38,6</b> |  |
| EXAMES                            |                |                |               |                     |                |                |               |                     |                |                |               |                     |                |              |                |                      |             |  |
| <b>Serviços privados</b>          | 9.092          | 6.642          | 2.450         | <b>248.247,53</b>   | 11.626         | 8.380          | 3.246         | <b>293.976,24</b>   | 9.295          | 7.167          | 2.128         | <b>239.464,10</b>   | 30.013         | 8,9          | 7.824          | 781.687,87           | 26,1        |  |
| <b>Serviço público*</b>           | 17.766         | 12.786         | 4.480         | <b>237.196,87</b>   | 17.717         | 12.946         | 4.771         | <b>245.404,45</b>   | 20.126         | 14.031         | 6.095         | <b>339.440,67</b>   | 55.609         | 16,5         | 15.846         | 822.041,99           | 28,5        |  |
| <b>Serviço público/gestão OSS</b> | 36.365         | 22.235         | 14.130        | <b>2.214.626,66</b> | 42.038         | 28.432         | 13.606        | <b>3.180.120,06</b> | 45.685         | 33.159         | 12.526        | <b>3.549.196,54</b> | 124.088        | 36,9         | 40.262         | 8.943.943,26         | 32,4        |  |
| <b>Serviço filantrópico</b>       | 41.029         | 26.816         | 14.213        | <b>1.457.028,48</b> | 42.978         | 27.237         | 15.741        | <b>1.504.614,09</b> | 42.820         | 28.603         | 14.217        | <b>1.498.308,46</b> | 126.827        | 37,7         | 44.171         | 4.459.951,03         | 34,9        |  |
| <b>Total</b>                      | <b>104.252</b> | <b>68.479</b>  | <b>35.773</b> | <b>4.157.099,54</b> | <b>114.359</b> | <b>76.995</b>  | <b>37.364</b> | <b>5.224.114,84</b> | <b>117.926</b> | <b>82.960</b>  | <b>34.966</b> | <b>5.626.409,77</b> | <b>336.537</b> | <b>100,0</b> | <b>108.103</b> | <b>15.007.624,15</b> | <b>32,1</b> |  |

A: Agendada / C: Confirmada / Abs: Absenteísmo / N: Absenteísmo total

Identificou-se que, em consultas, usando a Tabela SUS, o valor desperdiçado foi de R\$ 2.570.250,00, no entanto, os mesmos procedimentos, se usadas a Tabela SUS e as tabelas complementares diferenciadas, o desperdício foi de R\$ 3.556.837,88, perfazendo um valor monetário 38,4% maior. Para os exames especializados, o valor desperdiçado usando a Tabela SUS foi de R\$6.677.140,16, no entanto, ao adicionarem-se as tabelas diferenciadas, o desperdício foi de R\$15.007.624,15, perfazendo um aumento de 124,8% (Tabela 2).

Tabela 2 – Procedimentos de consultas e exames com respectivas taxas de serviço e de absenteísmo, por modalidade de gestão e valores da Tabela SUS.

| CONSULTAS                         |                |                |               |                     |                |                |               |                     |                |                |               |                     |                |              |                |                     |             |
|-----------------------------------|----------------|----------------|---------------|---------------------|----------------|----------------|---------------|---------------------|----------------|----------------|---------------|---------------------|----------------|--------------|----------------|---------------------|-------------|
|                                   | 2014           |                |               |                     | 2015           |                |               |                     | 2016           |                |               |                     | 2014-2016      |              |                |                     |             |
|                                   | A              | C              | Abs.          | Valor R\$           | A              | C              | Abs.          | Valor R\$           | A              | C              | Abs.          | Valor R\$           | Agendamento    |              | Desperdício    |                     |             |
|                                   |                |                |               |                     |                |                |               |                     |                |                |               |                     | Total          | %            | N              | Valor R\$           | %           |
| <b>Serviço filantrópico</b>       | 30.039         | 19.922         | 10.117        | 101.170,00          | 31.773         | 20.305         | 11.468        | 114.680,00          | 34.316         | 21.726         | 12.590        | 125.900,00          | 96.128         | 14,4         | 34.175         | 341.750,00          | 35,5        |
| <b>Serviço público</b>            | 160.389        | 100.376        | 60.013        | 600.130,00          | 189.587        | 115.493        | 74.094        | 740.940,00          | 201.444        | 120.097        | 81.347        | 813.470,00          | 551.420        | 82,8         | 215.454        | 2.154.540,00        | 39,1        |
| <b>Serviço público/gestão OSS</b> | 10.186         | 6.293          | 3.893         | 38.930,00           | 4.358          | 2.466          | 1.892         | 18.920,00           | 3.622          | 2.211          | 1.411         | 14.110,00           | 18.166         | 2,7          | 7.196          | 71.960,00           | 39,6        |
| <b>Serviços privados</b>          | 217            | 114            | 103           | 1.030,00            | 100            | 62             | 38            | 380,00              | 151            | 92             | 59            | 590,00              | 468            | 0,1          | 200            | 2.000,00            | 42,7        |
| <b>Total</b>                      | <b>200.831</b> | <b>126.705</b> | <b>74.126</b> | <b>741.260,00</b>   | <b>225.818</b> | <b>138.326</b> | <b>87.492</b> | <b>874.920,00</b>   | <b>239.533</b> | <b>144.126</b> | <b>95.407</b> | <b>954.070,00</b>   | <b>666.182</b> | <b>100,0</b> | <b>257.025</b> | <b>2.570.250,00</b> | <b>38,6</b> |
| EXAMES                            |                |                |               |                     |                |                |               |                     |                |                |               |                     |                |              |                |                     |             |
| <b>Serviços privados</b>          | 9.092          | 6.642          | 2.450         | <b>248.247,53</b>   | 11.626         | 8.380          | 3.246         | <b>293.976,24</b>   | 9.295          | 7.167          | 2.128         | <b>239.464,10</b>   | 30.013         | 8,9          | 7.824          | 781.687,87          | 26,1        |
| <b>Serviço público</b>            | 17.766         | 12.786         | 4.480         | <b>232.787,98</b>   | 17.717         | 12.946         | 4.771         | <b>236.279,56</b>   | 20.126         | 14.031         | 6.095         | <b>332.030,41</b>   | 55.609         | 16,5         | 15.846         | 385.646,07          | 28,5        |
| <b>Serviço público/gestão OSS</b> | 36.365         | 22.235         | 14.130        | <b>592.520,68</b>   | 42.038         | 28.432         | 13.606        | <b>802.728,95</b>   | 45.685         | 33.159         | 12.526        | <b>975.504,18</b>   | 124.088        | 36,9         | 40.262         | 2.370.753,81        | 32,4        |
| <b>Serviço filantrópico</b>       | 41.029         | 26.816         | 14.213        | <b>987.331,07</b>   | 42.978         | 27.237         | 15.741        | <b>884.458,42</b>   | 42.820         | 28.603         | 14.217        | <b>851.811,05</b>   | 126.827        | 37,7         | 44.171         | 3.139.052,41        | 34,9        |
| <b>Total</b>                      | <b>104.252</b> | <b>68.479</b>  | <b>35.773</b> | <b>2.060.887,26</b> | <b>114.359</b> | <b>76.995</b>  | <b>37.364</b> | <b>2.217.443,17</b> | <b>117.926</b> | <b>82.960</b>  | <b>34.966</b> | <b>2.398.809,73</b> | <b>336.537</b> | <b>100,0</b> | <b>108.103</b> | <b>6.677.140,16</b> | <b>32,1</b> |

A: Agendada / C: Confirmada / Abs: Absenteísmo / N: Absenteísmo total

### 6.2.6 Discussão

Historicamente, as políticas de saúde estimularam o setor privado no Brasil e promoveram a privatização da assistência à saúde<sup>32</sup>. Com recursos insuficientes, o SUS enfrenta inúmeros problemas, optando pela compra de serviços no setor privado, o que fortalece cada vez mais a ideologia da privatização<sup>33</sup>. O termo privatização, aqui empregado, refere-se ao movimento de transferências de responsabilidades do setor público para o privado<sup>34</sup>. Em adição, publicações científicas sobre o tema são frágeis em relação às comparações entre os modelos de gestão no SUS<sup>21</sup> e carecem de avaliações econômicas para comparar duas ou mais alternativas, avaliando simultaneamente os custos e os resultados<sup>35</sup>. Um dos pontos importantes é que o SUS precisa produzir informações de custos de forma sistemática para que se tenham subsídios mais concretos nas análises comparativas<sup>36</sup>.

Nesse sentido, este estudo buscou preencher essa lacuna, propondo uma metodologia que agregasse mais informações financeiras para calcular o impacto além dos valores da Tabela SUS, para uma abordagem do absenteísmo como um fator de desperdício no SUS. No entanto, constatou-se que é necessário o serviço público se apropriar de metodologias de custos que ainda não foram implantadas, considerando a limitação dos dados possíveis para os cálculos monetários, que oferecem uma informação muito restrita sobre o valor dos procedimentos nos locais executantes. Faz-se necessário empenho da gestão para priorizar e efetivar um sistema de custos, considerando fundamental para se atingir uma alocação eficiente dos recursos disponíveis<sup>37</sup>. Ressalta-se que o desconhecimento dos custos é o maior indicador de ineficiência no provimento dos serviços públicos<sup>38</sup>. Ao utilizar os valores da Tabela SUS para efeito de cálculo, para os serviços públicos, entendemos claramente que são valores que não traduzem a realidade do custo do procedimento para a gestão pública.

Ao analisar os resultados para a prestação de serviços em consultas especializadas na RSM-ES, observou-se que 79% da oferta compete ao setor público, enquanto os prestadores privados/filantrópicos/OSS são responsáveis por 21,0% dessa provisão, estando em sintonia com a realidade do país<sup>16,23</sup>. Considerando apenas o número de

estabelecimentos e o que eles produzem, pode-se dizer que os prestadores filantrópicos representam 14,4%, e têm um papel complementar em relação ao serviço público estadual (82,8%), respeitando o que preceitua o artigo 199 da Constituição Federal.

Entretanto, para a prestação de serviços em exames especializados, a situação se inverte: observa-se que a maioria (83,5%) está nos prestadores do setor privado/filantrópico/OSS, e somente 16,5% no público. Os resultados demonstram que a contratação na administração indireta vem ganhando espaço maior na RSM-ES e que os investimentos em serviços públicos são infinitamente menores, em consonância com dados do país<sup>16</sup>. O serviço filantrópico (37,7%) passa a ser o prestador maior, seguido pelo público com gestão de OSS (36,9%), o que evidencia que a oferta na atenção especializada para os exames ainda se encontra fortemente vinculada aos serviços da gestão indireta, colocando sob questionamento a complementaridade constitucional da iniciativa privada no SUS. Os interesses privados acabam determinando o padrão de oferta para o sistema, pois, de uma forma geral, os serviços públicos não possuem capacidade física instalada suficiente para suprir as necessidades na atenção especializada, se consideradas as inúmeras demandas dos usuários<sup>23</sup>.

Ainda analisando a oferta de procedimentos, os dados evidenciam que a administração indireta oferta muito menos em consultas, que são bem menos lucrativas, e ao contrário em exames especializados, sugerindo que esses prestadores tendem a selecionar casos e procedimentos mais rentáveis, recusando outros de menor lucratividade<sup>19</sup>.

Em relação ao fato de a menor taxa de absenteísmo ser no serviço privado 26,1%, destacam-se os relatos da gerência de regulação, segundo os quais estes serviços, para a realização de exames especializados, têm um sistema mais efetivo de lembretes, mensagens e SMS para o usuário, que estimulam a uma frequência melhor, o que é confirmado na literatura em algumas pesquisas<sup>39,40</sup>, quando analisado um sistema com e sem lembretes. Esta análise mostra que os lembretes de

mensagens por telefone celular aumentam a frequência. Pode-se constatar que a taxa de absenteísmo é menor nos serviços privados para os exames especializados.

Considerando as taxas e os valores desperdiçados atribuídos ao absenteísmo na administração indireta, conforme Tabela 1, podemos afirmar que estão em discordância com os argumentos dos que defendem essas contratações para o SUS, que alegam que são mais eficientes que a administração direta. Os argumentos favoráveis às contratações desses serviços pelo SUS, principalmente das Organizações Sociais de Saúde, indicam que apresentam características que possibilitam maior agilidade à gestão, quando comparadas à administração direta pelo estado, principalmente em relação às regras burocráticas. Sugerem que ampliam a capacidade de resposta rápida às demandas da saúde, ampliam a resolutividade para os usuários que conseguem ter acesso<sup>41</sup>.

A resolutividade é questionável, considerando que o absenteísmo gera algumas consequências, podendo-se destacar prejuízos monetários<sup>2,4,6,39</sup>, perda da eficiência da clínica e da gestão e atraso no tratamento adequado<sup>5</sup>. Segundo Travagin<sup>42</sup>, conforme preconiza a Lei Orgânica, as OSS não são complementares ao SUS, isto é, na prática elas são substitutivas, visto que, após a celebração do contrato de gestão, a parceria de fato é a transferência de atividades e recursos do público para o privado.

Em 2009, no Espírito Santo, iniciou-se a discussão sobre as Organizações Sociais de Saúde, em função de decreto estadual que regulamentava a Lei complementar estadual n. 489/2009, que criou o programa de OSS no estado. Surgem como instituições privadas sem fins lucrativos, que estabelecem uma nova modalidade de relação entre o setor público e o privado por meio de contratos de gestão, com a finalidade de gerir os serviços de saúde com maior autonomia gerencial e sem os entraves burocráticos.

Os contratos de gestão são estabelecidos em compromissos acordados entre o Estado (nível central) e as OSS (nível local), com objetivos e metas (atendimentos, procedimentos e/ou outros indicadores) para um determinado período, no qual são estabelecidos percentuais de taxas de administração<sup>43</sup>. Em contrapartida, a

administração central concede à local mais autonomia gerencial, liberando-a do controle dos meios, que passa a ser realizados sobre os resultados pactuados/alcançados<sup>13</sup>. Assim, em dezembro de 2009, foi firmado o primeiro contrato para a gestão do Hospital Estadual Central. No período da pesquisa, (2014 a 2016), existiam três hospitais com gestão de OSS para a RSM-ES. Os contratos disponibilizados no Portal da Transparência, no site *on-line* da SESA-ES, apontam valores a serem repassados significativos, mediante metas estabelecidas e resultados alcançados. Os custos atribuídos aos procedimentos, fornecidos pela SESA-ES, são muito maiores quando comparados aos preços na Tabela SUS e variam significativamente entre os 3 estabelecimentos com gestão de OSS. Os valores monetários desperdiçados atribuídos ao absenteísmo nos exames especializados, são os maiores do grupo e muito expressivos (R\$ 8.943.943,26).

Neste estudo, utilizando-se, para calcular o impacto monetário, para os procedimentos de consulta e exames especializados somente a Tabela SUS, como parâmetro de preço para todas as modalidades de gestão, e usando a Tabela SUS e as complementares para os locais executantes que usam preços e custos diferenciados, como os filantrópicos e públicos com gestão de OSS, identificou-se uma diferença significativa no desperdício de recursos, sendo em consultas 38,4% maior e em exames 124,8% maior. Assim, ficam evidentes as diferenças nos percentuais usando as duas comparações. Considerando que a Tabela SUS pode estar defasada por não sofrer atualização dos seus preços nos últimos anos, pode-se sugerir que não supre as necessidades dos custos reais dos procedimentos e, por isso, as contratações indiretas fazem o acréscimo por procedimentos. Levando em consideração os dados encontrados, fica evidente o aumento dos gastos na atenção especializada. Assim, a necessidade da gestão dos custos é fato, considerando que os recursos não são abundantes e o aumento de preços nas negociações na gestão indireta pode contribuir para o quadro, de modo a dificultar cada vez mais o acesso do usuário.

A regulação e o monitoramento nas administrações indiretas não são tarefa fácil para o gestor, pois existem algumas distorções importantes em serviços especializados, em destaque, quando não estão sujeitos aos mecanismos de regulação e controle<sup>23</sup>. A SESA-ES admite ser um desafio, no âmbito das contratualizações na atenção

especializada, pelo fato de nem todos os procedimentos ofertados estarem regulados, sendo uma parte em autogestão do contratualizado. Considerando que o monitoramento às vezes é ausente e/ou é incipiente, pode acontecer de o local executante exceder o seu percentual de autogestão, chegando a ultrapassar o que foi contratualizado. Muitas vagas disponibilizadas pela regulação aos municípios são agendadas, mas os serviços não são executados por ausência do paciente, sendo essas vagas preenchidas com os pacientes da autogestão, reforçando a necessidade de uma melhora no monitoramento<sup>44</sup>. Mediante os dados disponibilizados no Portal da Transparência e da complexidade contábil para identificar valores pagos aos contratados, não foi possível aferir se o não produzido pelo absenteísmo não foi pago.

Assim, nessa dinâmica, muitas vagas não são utilizadas, prejudicando a continuidade do tratamento e ocasionando um aumento da fila de espera nos municípios<sup>2,46</sup>. Pode-se dizer que o absenteísmo é um tema complexo e precisa de ser analisado pelos gestores, considerando que é um fenômeno multicausal e que repercute em todos os envolvidos: gestão, trabalhador e usuário<sup>22</sup>. A SESA-ES destaca como desafio o monitoramento, principalmente, nas instituições filantrópicas e nos públicos com gestão das OSS, que também operam na lógica da autogestão<sup>44</sup>. Segundo Violin<sup>45</sup>, o processo de fiscalização da OSS ainda tem limitações, como a dificuldade de acesso às informações por parte dos órgãos de controle externo, como os tribunais de contas, e, mesmo internamente pelos órgãos de controle social do SUS.

Visando melhorar a gestão, o estado iniciou a regulação na RSM-ES em setembro de 2013 e os dados na pesquisa de 2014 a 2016, só foram possíveis graças à implantação do SISREG-ES. A regulação vem se aprimorando e tornando-se um importante instrumento de gestão. Pode ser entendida aqui como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando sua execução<sup>47</sup>, com o objetivo de alcançar a eficiência, a equidade e o equilíbrio entre a oferta, demanda e financiamento, sendo um processo que precisa de aprimoramento para garantir qualidade na atenção à saúde<sup>27</sup>. Sob o prisma da equidade na assistência à saúde, pode-se inferir que a regulação é imprescindível e sua finalidade é assegurar que se atinjam os grandes objetivos sociais do sistema de saúde<sup>28</sup>. Desse ponto de vista, Oliveira e Elias<sup>48</sup>, afirmam que a regulação tem sido uma resposta

potencial para o enfrentamento de questões de diferentes naturezas nos sistemas de saúde, tais como a produção privada, o financiamento e a oferta de serviços de saúde. Dessa forma, é necessária uma regulação adequada por parte do Estado, para garantir que prevaleça o interesse público, independentemente da magnitude da participação privada no SUS.

Deve-se destacar também que a concentração dos serviços na capital vitória e/ou em torno dela é semelhante ao que é observado em todo o país, as diversas modalidades de serviços que compõem o sistema de saúde não se distribuem uniformemente<sup>49</sup>. Os municípios menores não possuem demanda suficiente para abrigar todos os níveis de atenção à saúde em seu território, necessitando de serviços de outros municípios, para atender níveis complementares na atenção à saúde. Em termos de investimentos para se manterem serviços especializados em municípios pequenos com baixa demanda, não é viável, sendo um dos fatores que fortalece a necessidade da organização do sistema em redes de atenção com um sistema de regulação bem definido quanto às suas normas operacionais entre o estado e os municípios das regiões de saúde<sup>50</sup>.

A oferta de serviços na atenção especializada é um dos pontos de maior estrangulamento do SUS e um dos principais entraves para garantir a integralidade da atenção<sup>22,23</sup>. Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)<sup>51</sup>, que estudou a percepção dos usuários em relação aos serviços públicos, um dos principais problemas que apareceu em relação ao SUS, foi a demora para conseguir consulta na atenção especializada. Historicamente, esses serviços têm sido organizados e financiados com base na lógica de oferta de procedimentos, não priorizando as necessidades e o perfil epidemiológico da população<sup>23</sup>.

É uma limitação do estudo a fragilidade do banco de dados sobre absenteísmo fornecidos pelo SISREG-ES, que apresenta falhas, uma vez que não é possível identificar se a falta ocorreu por problemas administrativos da gestão ou por ausência do usuário, ficando registrado somente como ausência do usuário. Outra limitação são as falhas recorrentes nos registros de atendimentos efetuados pelos locais executantes que não dão baixa no sistema, quando o usuário é atendido para

confirmar o procedimento, ficando, assim, computados como absenteísmo procedimentos realizados, o que superestima os dados encontrados.

Ciente do problema, a SESA-ES adotou medidas administrativas para responder à necessidade de adequação do registro de todos os usuários atendidos, publicando a Portaria 084-R/2018, em 20/11/18, normatizando a baixa obrigatória diária no sistema dos atendimentos realizados, visando a obter dados reais sobre a atenção ao usuário. Assim, as taxas de absenteísmo encontradas e os respectivos valores monetários são questionáveis. Finalizando, em função das diferentes modalidades de gestão e as formas de desembolso monetário por serviços executados, principalmente nos filantrópicos e públicos com gestão de OSS, não foi possível identificar se o procedimento não realizado foi pago.

#### 6.2.7 Conclusão

O absenteísmo na atenção especializada é crescente na RSM-ES, com prejuízos para a gestão pública e para os usuários, levando em consideração, principalmente a desassistência, podendo inviabilizar a ampliação da oferta de serviços especializados. Salienta-se que as taxas de absenteísmo e os valores monetários encontrados representam dados significativos para o sistema de saúde pública.

Os dados monetários por modalidade de gestão são importantes informações que ajudam na tomada de decisão por gestores, sobre investimentos e prioridades nas contratações dos serviços da gestão administrativa indireta, auxiliando no processo de eficiência nos gastos em saúde. As taxas de absenteísmo e os respectivos valores indicam que são expressivas e bem maiores nos serviços filantrópicos e com gestão das OSS.

Considerando que estamos em um período crítico de investimentos no sistema público, há de se refletir sobre os custos pagos com os contratos principalmente na gestão por OSS, podendo inviabilizar a ampliação do acesso e da cobertura integral.

Contribuição importante para a discussão do tema, serão pesquisas que abordem as causas do absenteísmo relacionadas com a gestão e as particularidades do usuário, a fim de propor medidas viáveis de serem executadas, visando reduzi-lo, considerando a integralidade da atenção como um dos maiores desafios do SUS.

O presente trabalho ressalta a importância de pesquisas avaliativas capazes de comparar as diferentes modalidades de gestão na assistência à saúde para analisar seu desempenho e seus efeitos na qualidade da assistência prestada, na saúde da população e na organização do sistema de saúde, ressaltando a importância de instituir informações sistematizadas dos custos dos bens e de serviços oferecidos à população, contribuindo para a alocação eficiente de recursos.

Assim, pode-se concluir que modernizar a gestão na saúde e otimizar os recursos disponíveis, combatendo o desperdício, sem comprometer a qualidade da assistência, será um desafio constante na agenda dos gestores do SUS na atualidade e nos próximos anos.

## REFERÊNCIAS

- 1 Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS, et al. Sistema Universal de Saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2018 [acesso em 28 abr 2019]; 23(6):1763-76. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1763.pdf>>.
- 2 Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. Espaço Saúde (Online). 2010; 11(2):56-65.
- 3 Cavalcanti RP, Cavalcanti JCM, Serrano RMSM, Santana PRD. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistemas de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. Rev Tempus Actas Saúde Col. 2013; 7(2):63-84.

- 4 Ellis DA, Jenkins R. Weekday affects attendance rate for medical appointments: large-scale data analysis and implications. PLoS ONE. 2012 [acesso em 14 fev 2019]; 7(12):e51365. Disponível em: URL: <<http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0051365>>.
- 5 Giunta D, Briatore A, Baum A, Luna D, Waisman G, Bernaldo de Quiros FG. Factors associated with nonattendance at clinical medicine scheduled outpatient appointments in a university general hospital. Patient PreferAdherence [Internet]. 2013[acesso em 18 fev 2019]; 7:1163-70;Disponível em: URL: <<http://www.dovepress.com/factors-associated-with-nonattendance-at-clinical-medicine-scheduled-o-peer-reviewed-article-PPA>>.
- 6 Jabalera Mesa ML, Morales Asencio JM, Rivas Ruiz F. Determinants and economic cost of patient absenteeism in outpatient departments of the Costa del Sol Health Agency. An Sist Sanit Navar. 2015; 38(2):235-45.
- 7 Kheirkhah P, Feng Q, Travis ML, Tavakoli-Tabasi S, Sharafkhaneh A. Prevalence, predictors and economic consequences of no-shows. BMC Health Serv Res. 2016[acesso em 14 fev 2019]; 16:13.Disponível em: URL: <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1243-z>>.
- 8 Dantas LF, Fleck JL, Cyrino Oliveira FL, Hamacher S. No-shows in appointment scheduling: a systematic literature review. Health Policy. 2018; 122(4):412-21
- 9 Oleskovicz M, Oliva FL, Hildebrand e Grisi C, Lima AC, Custódio I. Técnica de *overbooking* no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2014; 30(5):1009-17.
- 10 Bittar OJNV, Magalhães A, Martines CM, Felizola NGB, Falcão LHB. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. BEPA. 2016; 13(152):19-32.

- 11 Secchi L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. Rev Adm Pública [Internet]. 2009 [acesso em 19 maio 2019]; 43(2):347-69. Disponível em: URL: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122009000200004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000200004&lng=pt&tlng=pt)>.
- 12 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 1.034, de 05 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; 06 maio 2010.
- 13 Ibañez N, Vecina Neto G. Modelos de gestão e o SUS. CiêncSaúde Coletiva [Internet]. 2007 [acesso em 12 fev 2019]; 12(Supl. 0):1831-40. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/06.pdf>>.
- 14 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União; 20 set 1990.
- 15 Brasil. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 18 maio 1998.
- 16 Romano CMC, Scatena JHG. A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em Mato Grosso. Rev Adm Pública [Internet]. 2014 [acesso em 29 abr 2019]; 48(2):439-58. Disponível em: URL: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122014000200008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000200008&lng=pt&tlng=pt)>.
- 17 Brasil. Portaria nº 1.606, de 11 de setembro de 2001. Diário Oficial da União; 2001.

- 18 Campos GWS. Políticas sociais: o público e o privado na saúde brasileira. *Le Monde Diplomatique*. 2008; 1(8):28-9.
- 19 Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- 20 Ocké-Reis CO. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.
- 21 Ravioli AF, Soárez PCD, Scheffer MC. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [acesso em 21 maio 2019];34(4):e00114217. Disponível em: URL: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000402001&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000402001&lng=pt&tlng=pt)>.
- 22 Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis*. 2010; 20(3):953-72
- 23 Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-76
- 24 Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RA, Barata RB, Rodrigues LC. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet*. 2011; 377(9780):1877-89.
- 25 Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011; 377(9781):1949-61.

- 26 Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *CiêncSaúde Coletiva*. 2017; 22(3):941-51.
- 27 Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde Debate*. 2012; 36(95):640-7
- 28 Farias SF, Gurgel Jr. GD, Costa AM, Brito RL, Buarque RR. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [acesso em 1 maio 2019];16(Supl. 1):1043-53. Disponível em: URL: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700037&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700037&lng=pt&tlng=pt)>.
- 29 Ferreira B. Faltas em consultas médicas pelo SUS chegam a 46% no ES [Internet]. 2015 set 14 [acesso em 08 ago 2018].Disponível em: URL: <<https://blog.atencaobasica.org.br/2015/09/14/faltas-em-consultas-medicas-pelo-sus-chegam-a-46-no-es/>>.
- 30 Bahia L, Scheffer M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [acesso em 28 abril 2019];42(nº esp. 3):158-71. Disponível em: URL: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000700158&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000700158&lng=pt&tlng=pt)>.
- 31 Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde [Internet]. Plano Diretor de Regionalização (PDR) [acesso em 08 ago 2018]. Disponível em: URL: <[https://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/PDR-Plano%20Diretor%20de%20Regionaliza%C3%A7%C3%A3o\\_ES\\_2011.pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/PDR-Plano%20Diretor%20de%20Regionaliza%C3%A7%C3%A3o_ES_2011.pdf)>.
- 32 Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet* [Internet]. 2011 [acesso em 30 abr 2019]; 377(9779):1778-97. Disponível em: URL: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611600548>>.

- 33 Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *CiêncSaúde Coletiva*. 2018; 23(6):1723-8
- 34 Borges FT, Moimaz SAS, Siqueira CE, Garbin CAS. Anatomia da privatização neoliberal do SUS: o papel das organizações sociais. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2012.
- 35 La Forgia GM, Harding A. Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil. *Health Aff (Millwood)*. 2009; 28(4):1114-26.
- 36 Vieira FS. Produção de informações de custos para a tomada de decisão no Sistema Único de Saúde: uma questão para a política pública. Brasília: IPEA; 2017.
- 37 Alemão MM. A transposição da gestão de custos do setor privado para o público. *Rev Control Geral União*. 2018; 10(17):980-1004.
- 38 Alonso M. Custos no serviço público. *Rev Serv Público*. 1999;50(1):37-63.
- 39 Gurol-Urganci I, Jongh T, Vodopivec-Jamsek V, Atun R, Car J. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (12):CD007458.
- 40 Stubbs ND, Geraci SA, Stephenson PL, Jones DB, Sanders S. Methods to reduce outpatient non-attendance. *Am J Med Sci*. 2012; 344(3):211-9
- 41 Tibério AA, Souza EM, Sarti FM. Considerações sobre avaliação de estabelecimentos de saúde sob gestão de OSS: o caso do Hospital Geral do Grajaú. *Saúde Soc [Internet]*. 2010 [acesso em 26 maio 2019]; 19(3):557-68. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/08.pdf>>.

- 42 Travagin LB. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2017 [acesso em 25 maio 2019]; 41(115):995-1006. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-0995.pdf>>.
- 43 Camargo TA, Prado O, Bernardo R, Lara ACHS. Controle e transparência no modelo de organizações sociais de saúde do estado de São Paulo. In: *Anais do 6. Congresso CONSAD de Gestão Pública* [Internet]; 2013 [acesso em 1 maio 2019] abr 16-18; Brasília, Brasil. Disponível em: URL: <[http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/2013/V\\_CONSAD/VI\\_CONSAD/050.pdf](http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/2013/V_CONSAD/VI_CONSAD/050.pdf)>.
- 44 Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Plano de Intervenção Regional da Região de Saúde Metropolitana do ES. Vitória: SESA, 2016.
- 45 Violin TC. Terceiro setor e as parcerias com a administração pública: uma análise crítica. 3. ed. Belo Horizonte: Fórum; 2015
- 46 Gonçalves CÂ, Vazquez FL, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC, Sarracini KLM, et al. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. *CiêncSaúde Coletiva*. 2015; 20(2):449-60
- 47 Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2006 [acesso em 1 maio 2019]; 10(19):25-41. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a03v1019.pdf>>.
- 48 Oliveira RR, Elias PEM. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso 1 maio 2019]; 46(3):571-6. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3741.pdf>>.
- 49 Noronha JC, Noronha GS, Pereira TR, Costa AM. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas

e desalentos. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2018 [acesso em 1 maio 2019];23(6):2051-9. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2051.pdf>>.

50 Mendes EV. O acesso à atenção primária à saúde. Brasília: CONASS; 2016;

51 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Retrato das desigualdades de gênero e raça. 4. ed. Brasília: IPEA; 2011.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O absenteísmo de usuários na atenção especializada é crescente na RSM-ES, com prejuízos para a gestão pública e para os usuários, o que pode inviabilizar a ampliação da oferta de serviços especializados. As taxas de absenteísmo e os valores financeiros encontrados representam dados significativos para o sistema de saúde pública. Sugere-se que sejam buscadas as causas do absenteísmo relacionadas com a gestão e as particularidades do usuário, a fim de propor medidas de redução viáveis.

Ao analisar as taxas de absenteísmo nas consultas especializadas, o estudo aponta que há diferenças muito significativas entre elas e, portanto, devem ser melhor investigadas nas suas especificidades para entender e propor intervenções, visando a minimizar o desperdício e a desassistência. É importante destacar que o fortalecimento da atenção básica para uma ação mais resolutiva pode contribuir, reduzindo o absenteísmo.

Quando foi analisado o comportamento das taxas de absenteísmo em consultas e exames nas diferentes modalidades de gestão, identificou-se que são taxas muito parecidas em consultas especializadas, apesar da oferta de serviço ser muito maior no serviço público. Pelos percentuais de procedimentos disponibilizados por modalidade, pode-se sugerir que a gestão indireta oferta poucos consultas, considerando que são valores baixos nas tabelas, em relação aos exames, que possuem valores mais elevados.

Quando se analisaram as taxas de absenteísmo em exames, identificou-se que as maiores taxas encontradas foram na gestão indireta nos serviços filantrópicos e próprios com gestão das OSS, com valores associados ao desperdício muito altos. Isto evidencia que não podemos afirmar que a gestão indireta apresenta mais resolutividade para os usuários, uma vez que o absenteísmo é alto e os valores, muito significativos, sendo fundamental o estado melhorar a sua capacidade de regular tanto a gestão direta, quanto a indireta, para corrigir as possíveis falhas que contribuem com o absenteísmo. Diante de um período crítico de investimentos no SUS, há de se refletir sobre os custos pagos aos contratos na administração indireta, podendo inviabilizar a ampliação do acesso e da cobertura integral.

É importante destacar que a gestão deve disponibilizar informações sistematizadas dos custos dos bens e de serviços oferecidos à população. Os dados de custos por serviço são importantes informações que ajudam na tomada de decisão por gestores, sobre investimentos e prioridades na alocação de recursos, apoiando a maior eficiência nos gastos em saúde, sendo necessário instituir centros de custos, principalmente nos serviços públicos.

Considera-se a integralidade da atenção como um dos maiores desafios do SUS, que exigem medidas inovadoras e capazes de promover cada vez mais um atendimento mais humanizado e comprometido com a vida.

## REFERÊNCIAS GERAIS

ABSENTEÍSMO. *In*: DICIONÁRIO Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2019. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/absente%C3%ADsmo/>. Acesso em: 18 ago. 2019.

ALMEIDA, A. G. de; ALBERTON, L. Gestão de custos na administração pública: aplicação em secretarias municipais de saúde. *In*: **CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUSTOS**, 9., 2005. Florianópolis. **Anais** [...]. São Leopoldo: Associação Brasileira de Custos, 2005. p. 1-15.

BADUY, R. S. *et al.* A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 27, p. 295-304, fev. 2011.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 3, p. 158-171, nov. 2018.

BARBIERI, A. R.; HORTALE, V. A. Relações entre regulação e controle na reforma administrativa e suas implicações no sistema de saúde brasileiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 181-193, mar./abr. 2002.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-54, jan./mar. 2016.

BARRETO M. L. *et al.* Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **Lancet**, Londres, v. 377, n. 9780, p. 1877-1889, 2011.

BENDER, A. da S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. de. Absenteísmo na Atenção Secundária e suas implicações na Atenção Básica. **Espaço Para a Saúde (Online)**, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010.

BITTAR, O. J. N. V. *et al.* Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 152, n. 13, p. 19-32, ago. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, p. 15196, 29 set. 1995.

BRASIL. Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, 18 jan. 2007c.

BRASIL. Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007. Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, 26 set. 2007a.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, 29 jun. 2011.

BRASIL. Lei complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, p. 1, 05 maio 2000b.

BRASIL. Lei Complementar nº. 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos (...). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, 16 jan. 2012a.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, ano 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1988. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, 18 maio 1988a.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, 29 jan. 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Economia e Saúde. **Microeconomia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para implantação de complexos reguladores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v. 6.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do sistema de informações em orçamentos públicos em saúde (SIOPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, p. 45-51, 31 jan. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, p. 43-51, 23 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.034, de 5 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, p. 58, 06 maio 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, 4 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.606, de 11 de setembro de 2001. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, set. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, v. 134, n. 216, p.22932-22940, 6 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, p. 89, 31 dez. 2010a.

BRASIL. Ministério da 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. v. 6.

CAMPOS, G. W. de S. Políticas sociais: o público e o privado na saúde brasileira. **Le Monde Diplomatique**, v. 1, n. 8, p. 28-29, mar. 2008.

CAMPOS, G. W. de S. **SUS**: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, jun. 2018.

CANABRAVA, C. M. *et al.* Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 115-126, jan. 2007.

CASTIEL, L. D. Inefetividade e ineficiência: reflexões sobre a epidemiologia e os serviços de saúde de um estado de mal-estar social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 27-39, jan./mar. 1990.

CASTRO, J. D. de. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, n. 7, p. 122-135, jun. 2002.

CAVALCANTI, R. P. *et al.* Absenteísmo de consultas especializadas nos sistemas de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 63-84, 2013.

CECILIO, L. C. de O. *et al.* A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012.

COELHO, R. C. **O público e o privado na gestão pública**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A lei nº 141/2012 e os fundos de saúde**. Brasília: CONASS, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. A relação entre atenção básica e atenção em média e alta complexidade. *In*: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. p. 15-20.

CORREIA, M. V. C. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira. **Temporalis**, Brasília, v. 13, p. 11-38, 2007.

DALLORA, M. E. L. V.; FOSTER, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino: considerações teóricas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 2, p. 135-142, abr./jun. 2008.

DANTAS, L. F. *et al.* No-shows in appointment scheduling: a systematic literature review. **Health Policy**, v. 122, n. 4, p. 412-421, abr. 2018.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**: informe provisional presentado al ministerio de salud de la Gran Bretaña en 1920 por el consejo consultivo de servicios médicos y afines. Washington: OPAS, 1964.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012.

DUBOW, C.; BASTOS, S. Redes de atenção à saúde: um desafio para a gestão do SUS. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 4, n. 3, p. 908-921, 2013.

DUNCAN, B. B. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46 Supl. 1, p. 126-134, dez. 2012.

ELLIS, D. A.; JENKINS, R. Weekday affects attendance rate for medical appointments: large-scale data analysis and implications. **PLoS ONE**, v. 7, n. 12, p. e51365, dez. 2012.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Pan-Americana de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano diretor de regionalização da saúde (PDR)**. Vitória: SESA, 2011.

FARIAS, S. F. *et al.* A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1043-1053, 2011.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório de gestão 2015-2018: avanços e perspectivas**. Vitória: SESA, 2015. *E-book*. Disponível em: [https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Relatorio%20de%20gestao/Balanco\\_de\\_Gestao\\_Ricardo\\_de\\_Oliveira.pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Relatorio%20de%20gestao/Balanco_de_Gestao_Ricardo_de_Oliveira.pdf). Acesso em: 10 ago 2019.

FERNANDES, A. Uma em quatro pessoas não vai à consulta. **Correio de Uberlândia**, Uberlândia, 2011. Disponível em: <http://www.correiodeuberlandia.com.br/cidade-e-regiao/uma-a-cada-4-pessoas-nao-vai-as-consultas/>. Acesso em: 11 ago. 2019.

FERREIRA, B. **Faltas em consultas médicas pelo SUS chegam a 46% no ES**. 14 set. 2015. Blog: Blog Amostrado. Disponível em: <https://blog.atencaoBasica.org.br/2015/09/14/faltas-em-consultas-medicas-pelo-sus-chegam-a-46-no-es/>. Acesso em: 20 jul. 2018.

FERREIRA, M. B. *et al.* Absenteísmo em consultas odontológicas programáticas na estratégia de saúde da família. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 14, n. 1, p. 411-419, jul. 2016.

FONSECA, P. C.; FERREIRA, M. A. M. Investigação dos níveis de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 199-213, apr./jun. 2009.

FYSH, T. Missed outpatient appointments. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 95, n. 7, p. 376-377, jul. 2002.

GARCIA, L. P. A economia desumana: porque mata a austeridade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, nov. 2016.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jan./jun. 2018.

GIUNTA, D. *et al.* Factors associated with nonattendance at clinical medicine scheduled outpatient appointments in a university general hospital. **Patient Preference and Adherence**, v. 7, p. 1163-1170, nov. 2013.

GLOBEKNER, O. A. **A saúde entre o público e o privado: o desafio da alocação social dos recursos sanitários escassos.** Curitiba: Juruá Editora, 2011.

GONÇALVES, C. Â. *et al.* Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 449-460, fev. 2015.

GUROL-URGANCI, I. *et al.* Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 12, dez. 2013.

HARTZ, Z. M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

HOLST, J.; GIOVANELLA, L.; ANDRADE, G. C. L. de. Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. esp, p. 213-226, dez. 2016.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, Supl. 0, p. 1831-1840, nov. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em: 19 ago. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde: Brasil (2010-2015).**Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação.** Rio de Janeiro, [2018]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 19 ago. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça.** 4. ed. Brasília: IPEA, 2011.

IZECKSOHN, M. M. V.; FERREIRA, J. T. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 235-241, ago. 2014.

JABALERA MESA, M. L.; MORALES ASENCIO, J. M.; RIVAS RUIZ, F. Determinants and economic cost of patient absenteeism in outpatient departments of the Costa del Sol Health Agency. **Anales Del Sistema Sanitario De Navarra**, v. 38, n. 2, p. 235-245, ago. 2015.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. **Texto Para Discussão**, Rio de Janeiro, n. 2399, jul. 2018.

JANDREY, C. M.; DREHMER, T. M. Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico: o caso do Módulo de Serviço Comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS). **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 40, n. 2, p. 24-28, jan. 2000.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. de C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, ago. 2016.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago. 2010.

LIMA, L. D. de et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, nov. 2012.

MACHADO, N.; HOLANDA, V. B. de. Diretrizes e modelo conceitual de custos para o setor público a partir da experiência no governo federal do Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 791-820, jul./ago. 2010.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Marco teórico da regulação assistencial. In: MAGALHÃES JUNIOR, H. M. **O desafio construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes**: a experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. p. 69-81.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L. de; SILVA JUNIOR, J. B. da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, dez. 2011.

MANSUR, M. C. **O financiamento federal da saúde no Brasil**: tendências da década de 1990. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da Seguridade Social. **Revista Economia e Sociedade**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 159-175, jun. 2005.

MARTIN, C.; PERFECT, T. MANTLE, G. Non-attendance in basic care: the opinions of patients and practices about their causes, impact and solutions. **Family Practice**, v. 22, n. 6, p. 638-643, jul. 2005.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MELO, A. C. B. V. de; BRAGA, C. C.; FORTE, F. D. S. Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção básica: desvelando o absenteísmo em uma unidade de saúde da família de João Pessoa – PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 309-318, jul. 2011.

MENDES, Á. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 987-993, out./dez. 2013.

MENDES, Á. N.; SANTOS, S. B. de S. Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 9, n. 1-2, p. 111-125, jan./dez. 2000.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS, 2011.

MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T. dos; MORAES, J. C. de (org.). **A política da regulação no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. (Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 12).

NOUR EL-DIN, M. M.; AL-SHAKHS, F. N.; AL-OUDAH, S. S. Missed appointments at a university hospital in eastern saudi arabia: magnitude and association factors. **The Journal of the Egyptian Public Health Association**, v. 83, n. 5/6, p. 415-433, 2008.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

OENNING, N. S. X.; CARVALHO, F. M.; LIMA, V. M. C. Fatores de risco para absenteísmo com licença médica em trabalhadores da indústria de petróleo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 103-122, fev. 2014.

OLESKOVICZ, M. *et al.* Técnica de *overbooking* no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1009-1017, maio 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**.

Genebra: OMS, 2010. Disponível em: [https://www.who.int/whr/2010/whr10\\_pt.pdf](https://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf). Acesso em: 11 ago. 2019.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. de. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO

CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 (prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro):** organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p. 143-182. v. 3.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

PATERSON, B. L.; CHARLTON, P.; RICHARD, S. Non-attendance in chronic disease clinics: a matter of non-compliance? **Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness**, v. 2, n. 1, p. 63-74, mar. 2010.

PESCUMA JUNIOR, A.; MENDES, A. N. O fundo nacional de saúde e a prioridade da média e alta complexidade. **Argumentum**, Vitória, v. 7, n. 2, p. 161-177, jul./dez. 2015.

PINDYCK, R. S.; RUBINFELD, D. L. **Microeconomia.** 7. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. *In*: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** São Paulo: Editora Hucitec, 2003. p. 21-36.

RAVIOLI, A. F.; SOÁREZ, P. C. de; SCHEFFER, M. C. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 2-16, abr. 2018.

RIZZOTO, M. L. F. **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90:** um projeto de desmonte do SUS. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

RODRIGUES, C. T.; SPAGNUOLO, R. S. Organizações sociais de saúde: potencialidades e limites na gestão pública. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 549-557, jul./set. 2014.

ROMANO, C. M. C.; SCATENA, J. H. G. A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em Mato Grosso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 439-458, mar./abr. 2014.

SALGADO, L. H. Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional. **Texto Para Discussão**, Rio de Janeiro, n. 941, p.1-51, mar. 2003.

SANTOS, F. P. dos; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SANTOS, J. S. **Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: um estudo em um município baiano.** 2008. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas de Saúde) – Universidade Federal da Bahia, 2008.

SATIANI, B.; MILLER, S.; PATEL, D. No-show rates in the vascular laboratory: analysis and possible solutions. **Journal of Vascular and Interventional Radiology**, Reston, v. 20, n. 1, p. 87-91, jan. 2009.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, n. 377, p. 61-74, 2011.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, mar./abr. 2009.

SECOLI, S. R. *et al.* Avaliação de tecnologia em saúde: II. a análise de custo-efetividade. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 329-333, out./dez. 2010.

SILVA, C. L. da; ROTTA, C. V. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 333-345, ago./dez. 2012.

SILVA JUNIOR, A. G. da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde pública.** São Paulo: HUCITEC, 1997.

SILVA, R. V. G. de O. da; RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 593-601, jul./set. 2010.

SILVA, V. M. da; LIMA, S. M. L.; TEIXEIRA, M. Organizações sociais e fundações estatais de direito privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp, p. 145-159, dez. 2015.

SIQUEIRA, M. P.; BUSSINGUER, E. C. de A. A saúde no Brasil enquanto direito de cidadania: uma dimensão da integralidade regulada. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, Vitória, n. 8, 2010. p. 253-310.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 547-76.

SOUZA, L. E. P. F. de. O SUS necessário e o SUS possível: gestão (uma reflexão a partir de uma experiência concreta). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 911-918, maio/jun. 2009.

SOUZA, M. de F. M. *de et al.* Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1737-1750, jun. 2018.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. da S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

STUBBS, N. D. *et al.* Methods to reduce outpatient non-attendance. **The American Journal of the Medical Sciences**, v. 344, n. 3, p. 211-219, set. 2012.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. de S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr. 1998.

TRAVAGIN, L. B. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às organizações sociais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 995-1006, out./dez. 2017.

UGÁ, M. A.; PIOLA, S. F.; PORTO, S. V.; VIANNA, S. M. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

VIANNA, C. M. de M.; CAETANO, R. Avaliações econômicas como um instrumento no processo de incorporação tecnológica em saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 747-766, jul./set. 2005.

VIEIRA, F. S. Produção de informações de custos para a tomada de decisão no Sistema Único de Saúde: uma questão para a política pública. **Texto Para Discussão**, Rio de Janeiro, n. 2314, jun. 2017.

VIEIRA, F. S.; SÁ E BENEVIDES, R. P. O Direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 1-28, dez. 2016.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012.

WENZEL, K. Pacientes faltam em uma a cada cinco consultas em SC. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 7 dez. 2018. Disponível em: <http://dc.clicrbs.com.br/sc/estilo-de-vida/noticia/2018/12/pacientes-faltam-em-uma-a-cada-cinco-consultas-em-sc-10658520.html>. Acesso em: 11 ago. 2019.

## **APÉNDICE**

## APÊNDICE A – Quadro de nomenclaturas

| NOMENCLATURA NA CBO  | CÓD. NA CBO | CÓD.SIGTAP     | NOMENCLATURA SISREG  |
|--|-------------|----------------|--|
| Cirurgião Dentista odontologia para pacientes com necessidades especiais | 223288      | 03.01.01.004-8 | consultas em odontologia paciente com necessidade especial   |
| Cirurgião Dentista traumatologista bucomaxilofacial                      | 223268      | 03.01.01.015-3 | consultas em bucomaxilofacial, consultas em cirurgia bucomaxilofacial e consulta em bucomaxilofacial infantil  |
| Cirurgião Dentista Estomatologista                                       | 223220      | 03.01.01.007-2 | consulta em triagem em câncer de boca  |
| Fisioterapeuta Geral   | 223605      | 03.01.01.004-8 | consulta em fisioterapia e consulta em reabilitação física   |
| Médico Alergista e Imunologista  | 225110      | 03.01.01.007-2 | consulta em alergia, consulta em imunologia pediátrica e consulta em alergologia adulto  |
| Médico Angiologista  | 225115      | 03.01.01.007-2 | consulta em angiologia, consulta em angiologia adulto, consulta em angiologia geral e consulta em cirurgia vascular adulto   |
| Médico Cancerologista Cirúrgico  | 225290      | 03.01.01.007-2 | consulta em cirurgia oncológica  |
| Médico Cardiologista   | 225120      | 03.01.01.007-2 | consulta em cardiologia pediatria, consulta em cardiologia adulto e consulta em cirurgia cardíaca  |
| Médico Cirurgião de Cabeça e Pescoço                                     | 225215      | 03.01.01.007-2 | consulta em cirurgia de cabeça e pescoço oncológica e cirurgia de cabeça e pescoço   |
| Médico Cirurgião Geral   | 225225      | 03.01.01.007-2 | consulta em cirurgia geral adulto e consulta em cirurgia de média complexidade geral, consulta em colangiopancreatografia retrógrada   |
| Médico Cirurgião Pediátrico  | 225230      | 03.01.01.007-2 | consulta em cirurgia pediátrica geral e consulta em cirurgia pediátrica geral II   |
| Médico Cirurgião Plástico  | 225235      | 03.01.01.007-2 | consulta em cirurgia plástica infantil, consulta em cirurgia plástica geral e consulta em cirurgia plástica oncológica   |
| Médico Coloproctologista   | 225280      | 03.01.01.007-2 | consulta em proctologista adulto   |
| Médico Dermatologista  | 225135      | 03.01.01.007-2 | consulta em dermatologia pediatria, consulta em dermatologia adulto, consulta em dermatologia hanseníase, consulta em dermatologia oncológica e consulta em dermatologia pênfigo |
| Médico Endocrinologista e Metabologista                                  | 225155      | 03.01.01.007-2 | consulta em endocrinologia pediatria, consulta em endocrinologia e metabologia adulto  |
| Médico Fisiatra  | 225160      | 03.01.01.007-2 | consulta em fisioterapia pediatria, consulta em fisioterapia amputações, consulta em fisioterapia neurologia e consulta em fisioterapia ortopédica                               |

|                                 |        |                                  |   |
|---------------------------------|--------|----------------------------------|---|
| Médico Gastroenterologista      | 225165 | 02.09.01.001-0<br>03.01.01.007-2 | consulta em gastroenterologista pediatria, consulta em gastroenterologista adulto e consulta em hepatologia   |
| Médico Geneticista              | 225175 | 03.01.01.007-2                   | consulta em genética  |
| Médico Geriatra                 | 225180 | 03.01.01.007-2                   | consulta em geriatria   |
| Médico Ginecologista e Obstetra | 225250 | 03.01.01.006-4                   | consulta em ginecologia oncologia, consulta em ginecologia climatério, consulta em ginecologia colposcopia, consulta em ginecologia infertilidade, consulta em ginecologia patologia de vulva, consulta em cirurgia de canonização, consulta em obstetrícia alto risco até 18 anos, consulta em obstetrícia alto risco geral, consulta em cirurgia ginecológica e e consulta em uroginecologia. |
| Médico Hematologista            | 225185 | 03.01.01.007-2                   | consulta em hematologia pediatria, consulta em hematologia adulto e consulta em hematologia oncologia   |
| Médico Infectologista           | 225103 | 03.01.01.007-2                   | consulta em infectologia adulto   |
| Médico Mastologista             | 225255 | 03.01.01.007-2                   | consulta em mastologia adulto, consulta em mastologia geral e consulta em mastologia oncológica   |
| Médico Nefrologista             | 225109 | 03.01.01.007-2                   | consulta em nefrologia pediatria e consulta em nefrologia adulto  |
| Médico Neurocirurgião           | 225260 | 03.01.01.007-2                   | consulta em neurocirurgia pediátrica e consulta em neurocirurgia adulto   |
| Médico Neurologista             | 225112 | 03.01.01.007-2                   | consulta em neurologia pediátrica, consulta em neurologia acima de 12 anos, consulta em neurologia adolescente, consulta em neurologia adulto, consulta em neurologia doença vascular e consulta em neurologia esclerose múltipla   |
| Médico Oftalmologista           | 225265 | 03.01.01.007-2                   | consulta em oftalmologia, consulta em oftalmologia adulto, consulta em oftalmologia baixa visão, consulta em oftalmologia catarata, consulta em oftalmologia córnea, consulta em oftalmologia estrabismo, consulta em oftalmologia glaucoma, consulta em oftalmologia plástica ocular e consulta em oftalmologia retina geral,  |
| Médico Oncologista Clínico      | 225121 | 03.01.01.007-2                   | consulta em oncologia clínica   |
| Médico Ortopedista              | 225270 | 03.01.01.007-2                   | consulta em ortopedia pediatria, consulta em ortopedia ombro, consulta em ortopedia joelho, consulta em ortopedia mão, consulta em ortopedia quadril, consulta em ortopedia tumores, consulta em ortopedia adulto, consulta em ortopedia geral,   |

|                               |        |                |   |
|-------------------------------|--------|----------------|---|
|                               |        |                | consulta em ortopedia adulto mão, consulta em ortopedia adulto coluna, consulta em ortopedia adulto joelho, consulta em ortopedia adulto ombro, consulta em ortopedia adulto quadril, consulta em ortopedia adulto pé/tornozelo; consulta em ortopedia e traumatologia pediatria, consulta em ortopedia pediátrica pétértorto, consulta em ortopedia pediátrica coluna; consulta em ortopedia ombro e consulta em ortopedia tumores |
| Médico Otorrinolaringologista | 225275 | 03.01.01.007-2 | consulta em otorrinolaringologia, consulta em otorrinolaringologia geral, consulta em otorrinolaringologia pediátrica, consulta em otorrinolaringologia adulto, consulta em otorrinolaringologia audiologia, consulta em otorrinolaringologia nariz, consulta em cirurgia otorrinolaringologia ouvido e consulta em cirurgia otorrinolaringologia nariz   |
| Médico Pneumologista          | 225127 | 03.01.01.007-2 | consulta em pneumologia pediatria, consulta em pneumologia adulto, consulta em pneumologia asma infantil e consulta em pneumologia asma adulto  |
| Médico Psiquiatra             | 225133 | 03.01.01.007-2 | consulta em psiquiatria adulto e consulta em psiquiatria geral  |
| Médico Reumatologista         | 225136 | 03.01.01.007-2 | consulta em reumatologia acima de 5 anos, consulta em reumatologia pediátrica e consulta em reumatologia adulto   |
| Médico Urologista             | 225285 | 03.01.01.007-2 | consulta em urologia pediátrica, consulta em urologia adulto, consulta em urologia geral e consulta em urologia oncológica.   |

**ANEXOS**

## ANEXO A – Termo de anuência prévia para a realização de pesquisa no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo



**PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA**  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

#### À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Encaminhamos em anexo o Protocolo de Pesquisa intitulada *"Impacto Financeiro do absenteísmo em consultas e exames especializados na Região Metropolitana de Saúde do ES"* que tem por objetivo: "Apurar o valor financeiro do absenteísmo em consultas e exames especializados no Sistema Estadual de Saúde no ano de 2015, na Região Metropolitana de Saúde Vitória".

Para a realização da Pesquisa, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências da Subsecretaria de Assistência à Saúde e Subsecretaria de Regulação e de Organização da Atenção à Saúde e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto.

Encaminhamos ainda, em anexo, o Requerimento de Pesquisa, os Termos de Confidencialidade e de Responsabilidade relativos às informações a serem obtidas, além de nos comprometermos em fornecer uma cópia do trabalho concluído, em mídia eletrônica.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente,

Assinatura Sônia Maria Beltrame Data 18/09/2017  
**Sônia Maria Beltrame**

Assinatura Edson Theodoro dos Santos Neto Data 18/09/2017  
**Edson Theodoro dos Santos Neto**

#### ESPAÇO RESERVADO À COMISSÃO PARA ANÁLISE DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SESA - NÚCLEO ESPECIAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS (NUEDRH), APÓS RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO.

*Providência tempo de Pesquisa para análise e manifestação*  
Assinatura Katia O. Pereira Bastos Data 20/09/2017  
Técnica SESA/NUEDRH Nº funcional: 153.0038 *processo 79619819*

Nome e carimbo do técnico do NUEDRH

#### ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso Parecer:

AUTORIZADO  NÃO AUTORIZADO

Considerações:

Assinatura Fabiano Mar... Data 23/10/2017  
FABIANO MAR...  
SUBSECRETÁRIO DE ESTADO  
DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE  
Nº. 2009907 - SSAS/SESA

Nome e carimbo do gestor da Unidade campo, da pesquisa na SESA

## ANEXO B – Autorização para pesquisa (Plataforma Brasil)

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Impacto financeiro do absenteísmo em consultas e exames especializados na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo

**Pesquisador:** Edson Theodoro dos Santos Neto

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 86736418.9.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.631.695

#### Apresentação do Projeto:

Parte deste projeto trata-se de uma pesquisa documental quantitativa a ser realizada em banco de dados do Ministério da Saúde e da SESA. Serão apurados os valores individuais dos procedimentos de consultas e exames especializados, de acordo com a sua especificidade, do número total de pacientes faltosos, agendados de acordo com bancos de dados oficiais da Central de marcação de consultas da SESA. Os bancos de dados de

2014/2015/2016 (consultas e exames) já estão em posse dos pesquisadores. Os dados serão divididos em 2 grupos : consultas e exames especializados subdivididos em serviços próprios e contratados. Para os serviços próprios, cujo procedimento não tem valor mensurado por centro de custos, será atribuído valor mínimo tendo como parâmetro a tabela SUS e para os contratados o valor estabelecido no contrato. Será necessária a colaboração do setor de Contratos e Convênios da SESA para o acesso às informações dos valores contratados e executados. Para tabulação dos dados, os valores obtidos serão inseridos em planilhas do programa Microsoft Office Excell 2016. Dos valores totalizados, será possível quantificar os custos mínimos gerados pelo absenteísmo

#### Objetivo da Pesquisa:

Segundo o autor:

Objetivo Primário:

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468

**Bairro:** S/N

**UF:** ES

**Município:** VITÓRIA

**Telefone:** (27)3335-7211

**CEP:** 29.040-091

**E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 2.631.696

Cronograma apresentado e adequado

**Recomendações:**

Toda pesquisa deve seguir a resolução 466/2012 do CNS para conferência utilize o manual de pendências contido no site do CEP - <http://www.ccs.ufes.br/cep>

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

Sem pendências

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                             | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                | Situação |
|--|---|------------------------|----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto             | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1056594.pdf | 02/05/2018<br>09:39:01 |                      | Aceito   |
| Declaração de Pesquisadores                | Termodeconfidencialidadeesigilo.pdf           | 02/05/2018<br>09:37:49 | SONIA MARIA BELTRAME | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador  | PROJETO.doc                                   | 03/04/2018<br>09:38:32 | SONIA MARIA BELTRAME | Aceito   |
| Orçamento                                  | PLANILHA_DE_CUSTOS.doc                        | 03/04/2018<br>09:38:10 | SONIA MARIA BELTRAME | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | TERMO_DE_ANUENCIA_SESA.pdf                    | 03/04/2018<br>09:36:41 | SONIA MARIA BELTRAME | Aceito   |
| Folha de Rosto                             | folhaderostoassinada.pdf                      | 03/04/2018<br>09:35:26 | SONIA MARIA BELTRAME | Aceito   |
| Cronograma                                 | CRONOGRAMA.docx                               | 28/03/2018<br>08:53:31 | SONIA MARIA BELTRAME | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITORIA, 02 de Maio de 2018

Assinado por:  
KARLA DE MELO BATISTA  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468

**Bairro:** S/N

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3335-7211

**CEP:** 29.040-091

**E-mail:** cep.ufes@hotmail.com