

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

PAULO ROBERTO SIQUEIRA RANGEL DA SILVA

**ABSENTEÍSMO EM CONSULTAS DE ESPECIALIDADES NO NORTE
DO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA
2019

PAULO ROBERTO SIQUEIRA RANGEL DA SILVA

ABSENTEÍSMO EM CONSULTAS DE ESPECIALIDADES NO NORTE DO ESPIRITO SANTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz

VITÓRIA
2019

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

S484a Silva, Paulo Roberto Rangel da
Absenteísmo em consultas de especialidades no norte do
Espírito Santo / Paulo Roberto Siqueira Rangel da Silva. - 2019.
74 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, 2019.

1. Absenteísmo. 2. Gestão em saúde. 3. Saúde da família. 4.
Sistema Único de Saúde - SUS. I. Cruz, César Albenes de
Mendonça. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 362.1068

PAULO ROBERTO SIQUEIRA RANGEL DA SILVA

**ABSENTEÍSMO EM CONSULTAS DE
ESPECIALIDADES NA REGIÃO NORTE DO
ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovado em 30 de agosto de 2019

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador



Prof.ª Dr.ª Janice Gusmão Ferreira de Andrade
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM



Prof. Dr. Renato Almeida de Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Aos meus pais, Roberto Rangel da Silva e Vera Lucia Siqueira Rangel da Silva (in memoriam) pelo amor, dedicação e por todas as minhas conquistas.

À minha esposa, Adriana, e aos meus filhos Bianca, Beatriz, Johnatan, Paulo Junior e minha netinha Betina, razões da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus.

Aos meus pais, Roberto Rangel da Silva e Vera Lucia Siqueira Rangel da Silva (in memorium) pelo amor, dedicação e por todas as minhas conquistas.

A minha esposa, Adriana, e aos meus filhos Bianca, Beatriz, Johnatan e Paulo Junior, razões da minha vida.

Ao professor e orientador César Albenes Mendonça Cruz, pela amizade, confiança, orientação e incentivo ao longo deste trabalho.

À professora Diana pela amizade e apoio.

Ao Professor Luiz Henrique, pela amizade e apoio.

A Gilcilene Pretta, (SRSSM), pela confiança e apoio.

Aos colegas de turma, pelo convívio e apoio mútuo.

“Unir-se é um bom começo, manter a união é um progresso, e trabalhar em conjunto é a vitória”.

(Henry Ford)”.

RESUMO

O cenário atual das secretarias municipais de saúde vem passando por grandes mudanças nos últimos anos pela busca da melhoria no que tange ao atendimento à população na atenção primária, seus resultados estão diretamente ligados à modalidade da Gestão em Saúde adotada. Esse contexto depara-se com uma crescente demanda por consultas com especialistas, que são ofertados, quase exclusivamente, pelo governo estadual em sua rede de atenção secundária, estes dois entes: Municípios e Estados aliados a estrutura do Ministério da Saúde, formam o Sistema Único de Saúde (SUS), que buscam garantir o acesso a cada munícipe às consultas de especialidades, demandadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os dados coletados pelas equipes de ESF orientam com informações estratégicas, demográficas e assistenciais o quantitativo que cada secretaria “compra” de consultas de especialidades na rede estadual, isso acontece através de pactuações, consórcios e contratualizações que são regulamentadas por um sistema informatizado chamado SISREG. A informação mostra-se como uma valiosa aliada às políticas de saúde. O objetivo deste estudo é identificar e quantificar dentro de 16 (dezesesseis) especialidades principais, o quantitativo de faltas a essas consultas, nos municípios da regional norte capixaba. A análise dos dados coletados do SISREG revelou um significativo grau de faltas às consultas de especialidades agendadas, que neste estudo chamamos de absenteísmo.

Palavras-chave: SUS. Absenteísmo. SISREG. Estratégia de Saúde da Família. Gestão em Saúde. Ministério da Saúde.

ABSTRACT

The current scenario of municipal health departments has been undergoing major changes in recent years in the search for improvement regarding the care of the population in primary care. This context faces a growing demand for consultations with specialists, which are offered, almost exclusively, by the state government in its secondary care network, these two entities: Municipalities and States allied to the structure of the Ministry of Health, form the System Unified Health System (SUS), which seek to ensure access to each consultation to specialties consultations, demanded by professionals of the Family Health Strategy - FHS. The data collected by the FHS teams, guide with strategic, demographic and assistance information the quantity that each department "buy" specialty consultations in the state network, this happens through the pacts, consortia and contractualizations that are regulated by a computerized system called SISREG . The objective of this study is to identify and quantify within 6 (Six) main specialties, the amount of missed these consultations, in the municipalities of the northern region of Espírito Santo. The analysis of data collected from SISREG revealed a significant degree of absences to scheduled specialty appointments, which in this study we call absenteeism.

Key words: SUS, Absenteeism, SISREG, Family Health Strategy, Health Management, Ministry of Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAIC - Associação Brasileira dos Analistas de Inteligência Competitiva

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência de Vigilância Sanitária

APAC - Autorização de Procedimento de Alta Complexidade

AR - Arquitetura Referencial de Interoperabilidade dos Sistemas Informatizados de Governo

ARIST - Annual Review for Information Science and Technology

BD - Banco de Dados

BI - Business Intelligence

CADSUS - Sistema de Cadastramento de usuários do SUS

CDW - Clinical Data Warehouse

CENEPI - Centro Nacional de Epidemiologia

CGU - Controladoria Geral da União

CI - Ciência da Informação

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DATAPREV - Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

DATASUS - Departamento de Informação e Informática do SUS

DENASUS - Departamento Nacional de Auditoria do SUS

DSS - Decision Support System

DW - Data Warehouse

EIS - Executive Information System ETL - Extract, Transform and Load e-PING -

Arquitetura de Padrões de Interoperabilidade de Governo GEDINF - Gerência de

Disseminação de Informação do DATASUS

GIL - Gerenciador de Informações Locais

HOSPUB - Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar

IBICT - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

FINEP - Financiadora de Estudos e Projetos

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

IC - Inteligência Competitiva

INCA - Instituto Nacional de Câncer

ISO - The International Organization for Standardization

LISA - Library & Information Science Abstracts

MIT - Massachusetts Institute of Technology

NISC - National Information Services Corporation

ODP - Observatório da Despesa Pública

OLAP - Online Analytical Processing

PNiIS - Política de Informação e Informática em saúde do SUS

RES - Registro Eletrônico de Saúde

S-RES - Sistema de Registro Eletrônico de Saúde

SAD - Sistemas de Apoio à Decisão

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SCIP - Society of Competitive Intelligence Professionals

SEBRAE - Serviço de apoio às micro e pequenas empresas

SENAI - Confederação Nacional das Indústrias

SER - Sistema de Registro Eletrônico

SERPRO - Serviço Federal de Processamento de Dados

SGDS - Sistema Gerenciador de Dados

SI - Sistema de Informação

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH - Sistemas de Informações Hospitalares

SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Nascidos Vivos

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde

SIS - Sistema de Informação em Saúde

SISPACTO - Sistema de Pactuação

SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento da Gestante

SISREG II - Sistema de Centrais de Regulação

SMS-SP - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

SUS - Sistema Único de Saúde

TABNET - Tabulador para Internet

TABWIN - Tabulador para Windows

TI - Tecnologia da Informação

TIC - Tecnologia da Informação e Comunicação

UnB - Universidade de Brasília

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - Data Warehousing	30
Figura 2 - Mapa da Regulação	50
Quadro 1 - Evolução do conceito de Informação	31
Quadro 2 - O DATASUS e os seus parceiros	41
Quadro 3 - Definição de dados, informação e conhecimento	45

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1.1 PROPOSTA	19
1.2 JUSTIFICATIVA	20
1.3 OBJETIVOS	21
1.3.1 Objetivo geral	21
1.3.2 Objetivos específicos	22
2 METODOLOGIA	23
2.1 FERRAMENTAS	25
2.2 BUSINESS INTELLIGENCE	25
2.2.1 Data warehousing	29
2.2.2 OLAP	30
2.2.3 Pentaho	31
2.2.4 TABWIN e TABNET	31
3 INFORMAÇÃO E SAÚDE	33
3.1 O DATASUS E SEUS PARCEIROS	39
3.1.1 Sistemas de Informação (SI)	44
3.2 O MODELO DE REGULAÇÃO NO NORTE DO ESPÍRITO SANTO	47
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	55
ANEXOS	59

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, tem buscado atender as suas diretrizes básicas de Integralidade, Universalidade e Equidade. Apesar de inúmeros desafios, podemos afirmar que se tornou um sistema público de saúde de enorme relevância e, mesmo precisando de algumas correções, seus resultados são inquestionáveis para a população brasileira. A proposta do SUS envolve as três esferas de governo, sendo distinto o papel de cada um deles; suas ações são determinadas por seus gestores, sendo o ministro da saúde em nível nacional, os secretários estaduais de saúde e secretários municipais de saúde, representando o estado e os municípios respectivamente. A União tem a gestão sobre os sistemas de saúde de alta complexidade e dos laboratórios estatais. Ainda tem a função de promover políticas nacionais de saúde e fiscalizar o SUS (BRASIL, 1990).

Os estados podem criar suas políticas de saúde, entretanto devem ainda com recursos próprios apoiar as políticas nacionais, com no mínimo 12% de sua receita. O estado deve também coordenar a rede de laboratórios e hemocentros, definir unidades de saúde de referência e regular atendimentos de alta complexidade na região (BRASIL, 2012).

Aos municípios cabe garantir a atenção básica e prestar serviços locais, com o apoio do Estado e da União. Nesse sentido criam suas políticas municipais e colaboram com a execução da política do Estado e da União, com no mínimo 15% dos seus recursos próprios, somados aos repasses dos outros dois componentes do SUS. Participam também da administração de alguns serviços complexos locais (idem).

O Distrito Federal engloba as competências estaduais e municipais e deve contribuir com no mínimo 12% de sua receita, somando-se aos aportes da União e do Estado. Entretanto esses pontos de atenção, ou problemas, são os reais ofensores para que o SUS seja reconhecido como um sistema universal que presta serviços de qualidade a toda população brasileira. Como proposta deste estudo, destacamos, entre outros, a ineficaz distribuição da oferta e no acesso aos serviços de atenção especializada e hospitalar, aliada a uma baixa articulação desses com a atenção primária. Como consequência desse cenário, temos o fomento de demanda reprimida, a descontinuidade do atendimento, comprometimento do planejamento para a oferta de serviços de saúde e a dissonância da oferta às necessidades da população. Esse

quadro se agrava, uma vez que a atenção primária não se apropria como principal canal do acolhimento e de coordenação do cuidado no processo de organização da atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Apresentam-se ofensores à gestão de mais recursos financeiros para a saúde advindos do crescimento do Produto Interno Bruto do Brasil, previstos na Lei nº 141 de 2012; a adoção de gestões contratualizadas com serviços privados em vários estados do país; a descentralização de serviços, o envelhecimento da população e o desenvolvimento das doenças crônicas.

A regulamentação das ações e serviços de saúde para os estados e municípios, está prevista no artigo 198 da Constituição Federal e, com vistas à universalidade do acesso, ampliou as responsabilidades e atribuições desses entes da federação³. Temos ainda a diretriz prioritária prevista no Pacto Pela Saúde, na recente Lei nº 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica do SUS nº 8.080 de 1990 e na Lei nº 141 de 2012, ao determinar a metodologia e os critérios de repasse dos recursos da União para os estados e municípios, e dos estados para os municípios.

Definidas em 1990 as responsabilidades entre gestores federal, estadual e municipal e a descentralização de ações e serviços, são apresentadas em 2001 as propostas de Programação Pactuada e Integrada (PPI) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Ambos estão definidos na Norma Operacional de Assistência em Saúde (NOAS) nº 01/2001 como instrumentos essenciais de reorganização dos modelos de atenção e de gestão do SUS, de alocação dos recursos entre municípios, e de diretriz da distribuição de competências entre as três esferas de governo.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2002 estabeleceu critérios para a regulação assistencial, afetando diretamente municípios na condição de gestão da saúde como “gestão plena”. Buscando amadurecimento e avanço para adotar as boas práticas ofertadas com a NOAS 2002, em 2006 foi assinado o Pacto pela Saúde, com aproximadamente 81,8% de adesão dos municípios. O pacto pretende principalmente assegurar conceitos das principais estruturas regulatórias, os princípios orientadores do processo de regulação, definir algumas metas gerais e determinar as responsabilidades dos gestores municipais, estaduais, do Distrito Federal e do gestor federal. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros níveis da rede de modo a permitir,

ao mesmo tempo, a qualidade da regulação iniciada pelos profissionais da atenção básica até o acesso a outros níveis da rede de serviços nas condições e no tempo adequado, com equidade.

Em conformidade com o processo de descentralização e avanço da gestão, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, a qual dispõe sobre a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação visando à organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde. Nesse sentido, a implantação de redes de saúde enfrenta vários desafios, principalmente porque ao mesmo tempo em que a rede de serviços de saúde é a única forma de garantir acesso ao cuidado integral de forma equânime, ela envolve disputas de poder e requer decisões de política pública que certamente ferem interesses privados. Um dos elementos a ser considerado nessa dinâmica é o forte interesse de setores privados corporativos, os quais tornam complexo o mercado de prestação de serviços na saúde. Por isso, a regulação dessas relações, orientada pela lógica pública e pelas necessidades de saúde da população é um elemento fundamental a ser aprofundado na condução da política de saúde.

A Superintendência regional de saúde de São Mateus é responsável pelo agendamento e pela marcação de procedimentos diagnósticos e consultas especializadas. Com esse modelo de regulação, os prestadores de serviços do município passaram a atender a uma demanda organizada, criando-se um fluxo de atendimento aos usuários de forma regulada, de acordo com a política nacional de regulação. A definição desse fluxo assistencial na região permitiu que a gestão obtivesse um melhor diagnóstico das ofertas, do acesso e das demandas dos cidadãos a partir da qualificação das atividades de planejamento, regulação, controle e avaliação dos serviços prestados à população. Nesse modelo ainda persiste o problema de demanda reprimida, e a garantia do acesso ao atendimento especializado ainda é um desafio, sendo necessário o aumento gradativo dessas ofertas.

Outro agravante da demanda reprimida é o absenteísmo de consultas especializadas, ou seja, a falta dos usuários às consultas agendadas.

Conforme destaca Moraes (2002), a informação em saúde deve ser trabalhada no sentido de reforçar os direitos humanos, de contribuir para a eliminação da miséria e

das desigualdades sociais e ao mesmo tempo subsidiar o processo decisório na área da saúde, em prol de uma atenção com efetividade, qualidade e respeito à singularidade de cada indivíduo e ao contexto de cada população.

Cada um destes SIS coleta e gera dados que servem de suporte às operações rotineiras ou transações do negócio. Para as decisões estratégicas dos gestores da área de saúde são necessárias informações significativas, que são geradas a partir dos dados (POON e WAGNER, 2001). Existem vários fatores que contribuem para a ausência de informações, destacando-se a falta de integração de dados de diferentes SIS e a ausência de um ambiente ou ferramentais próprios para o tratamento analítico dos dados (INMON et al, 2001).

O ambiente de dados para suporte aos processos de gerência e tomada de decisão é fundamentalmente diferente do ambiente convencional de processamento de transações. No coração deste ambiente está a ideia de BI, que através de metodologias e tecnologias vão poder integrar e consolidar dados disponíveis em diferentes acervos de Bancos de Dados para fins de exploração e análise.

Das tecnologias de BI disponíveis, o processo de *Data Warehousing* atende a esta demanda, sendo o mais adequado para promover a integração dos dados dos SIS espalhados pelas instituições, gerando um ambiente de consultas a informações significativas permitindo diversas análises e geração de relatórios sobre um assunto.

Nos dias atuais, uma grande parcela do orçamento destinado à Tecnologia da informação de muitas organizações é dedicada ao desenvolvimento de aplicações de *Data Warehouse* (MOODY e KORTINK, 2000; SEM e JACOB, 1998; WATTERSON, 1998).

1.1 PROPOSTA

A proposta desta dissertação, mediante o cenário atual do absenteísmo nas consultas de especialidades, é identificar o quantitativo por especialidades, que pode ser objeto para que uma política pública com base em Inteligência de Gestão de Informações

Estratégicas no contexto do Ministério da Saúde, promovendo normas e padronizações; buscando assim reduzir o absenteísmo.

Segundo Nolan (1993) o ciclo de decisão passa por um processo de inteligência, que envolve as tarefas de identificar, coletar e analisar dados. Neste contexto os dados coletados, classificados e analisados pode este estudo, podem servir de ferramenta estratégica no processo de combate ao absenteísmo.

Este estudo deverá proporcionar uma visão sistêmica do absenteísmo nas consultas de especialidades.

Segundo Vasconcellos (2002), o uso de ferramentas tecnológicas no processo decisório, comporta uma lacuna entre a construção e a divulgação do conhecimento, nas políticas públicas, em nosso caso as políticas de saúde. A implementação de novas tecnologias, estará muito mais dependente do fator humano, do que os limites tecnológicos ou financeiros, o maior desafio é construir e implementar tais tecnologias no Sistema Único de Saúde.

1.2 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema da pesquisa se deu de forma concomitante ao longo do meu percurso profissional enquanto gerente estadual de auditoria em saúde. O tema é de extrema relevância, pois trata de um assunto de caráter essencial para a gestão do SUS e terá seu enfrentamento com a adequação das políticas públicas. Por desconhecimento vem sendo tratado sem a devida prioridade por parte do Poder Público. Os contrastes são enormes: filas intermináveis para acesso às consultas de especialidades, longos prazos para agendamentos, carência de médicos especialistas, falta de acesso aos exames, déficit de profissionais de saúde, enfim, falta atenção e acesso a serviços de saúde; por outro lado, em alguns municípios o absenteísmo chega a 64 %, e isso mostra quão nocivo é o absenteísmo para a gestão do SUS, além da ausência de uma política pública de saúde que lance um olhar sobre ele. Neste estudo, poderemos observar indicadores do absenteísmo nas consultas de especialidades na região norte do Espírito Santo.

Segundo Wilson (1997), gestão da informação consiste na aplicação de princípios administrativos à aquisição, organização, controle, disseminação e uso da informação para sua implementação nas diversas fases da tomada de decisão, ainda segundo Davenport (1998), gestão do conhecimento (*Knowledge Management, KM*), pode ser vista como uma série de processos gerenciais constantes e sistemáticos que facilitam a criação, registro e compartilhamento do conhecimento produzido nas organizações, que nem sempre está registrado em algum meio formal e com acesso às instituições. Atualmente a gestão do conhecimento passa a ser considerado o grande diferencial competitivo das organizações que pretendem existir em um mundo em constante evolução e globalizado.

Pretende-se com este estudo permitir que os gestores de saúde tenham acesso às informações sobre o absenteísmo nas consultas de especialidades, de forma estruturada, que possa servir de orientação e referência para a construção e entrega de relatórios que possam subsidiar ações para mitigar o alto número de faltas às consultas.

Desde a publicação do seu livro, Moraes (1994) já fazia críticas aos SIS, evidenciando as incoerências, fragmentações e superposições que os caracterizam, salientando também as limitadas possibilidades de interação entre os mesmos. A falta de integração das bases de dados dos sistemas corporativos (SIS), chamados operacionais, onde os formatos desses e suas semânticas nem sempre são coerentes, e a carência de uma base de conhecimento única leva os analistas de sistemas e os usuários a verdadeiros malabarismos gerando retardo na resposta aos gestores. Segundo Vasconcellos (2002), existe a falta de articulação dos processos de planejamento e de gestão da saúde seja com os sistemas de informações, seja com os indicadores existentes, estando desarticulados a gerência dos sistemas de informação, a monitoria dos processos de planejamento e de gestão, além do acompanhamento dos indicadores de saúde.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Diante dos desafios e dificuldades apresentados acima, ficou definido como objetivo geral neste estudo quantificar o absenteísmo de consultas especializadas, Consulta em Cardiologia, Consulta em Cirurgia Vascular, Consulta em Endocrinologia, Consulta em Ginecologia, Consulta em Oftalmologia, Consulta em Ortopedia, Consulta em Dermatologia, Consulta em Otorrinolaringologia, Consulta em Urologia, Consulta em Neurologia, Consulta em Pneumologia, Consulta em Reumatologia, Consulta em Psiquiatria, Consulta em Nefrologia, Consulta em Gastroenterologia e Cirurgia Geral, visando identificar onde se apresentam as maiores ocorrências. Além disso, busca dimensionar o total de faltas às consultas médicas destas especialidades nos municípios da Regional Norte de Saúde.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Comparar o absenteísmo das consultas agendadas na SRSV no período 2015/2016.
- Identificar quais especialidades tiveram maior número de faltas;
- Identificar dentre as especialidades quais têm as maiores demandas;
- Identificar quais unidades possuem maior número de agendamentos
- Analisar a proporção dos encaminhamentos/consultas especializadas marcadas/absenteísmo.

2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para esta dissertação é de abordagem quantitativa, produzindo um estudo de reconhecimento do absenteísmo nas consultas de especialidades. Como objeto de estudo os dados de produtividade do período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016, referentes à Superintendência Regional de Saúde de São Mateus – ES, que abrange em sua regional de saúde as seguintes cidades: Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão, para avaliar a quantidade de atendimentos agendados (consultas de especialidades e a sua taxa de absenteísmo a partir dos dados coletados e quantificados). As especialidades trabalhadas neste período serão: Consulta em Cardiologia, Consulta em Cirurgia Vascular, Consulta em Endocrinologia, Consulta em Ginecologia, Consulta em Oftalmologia, Consulta em Ortopedia, Consulta em Dermatologia, Consulta em Otorrinolaringologia, Consulta em Urologia, Consulta em Neurologia, Consulta em Pneumologia, Consulta em Reumatologia, Consulta em Psiquiatria, Consulta em Nefrologia, Consulta em Gastroenterologia e Cirurgia Geral.

Pretendeu-se dimensionar o total de absenteísmo às consultas médicas de especialidades e identificar qual especialidade tem maior expressão nesse cenário. Entende-se a necessidade de formulação de uma proposta metodológica e técnica de estudo quantitativo, que contemple os totais de faltas às consultas agendadas.

Dentro da metodologia da pesquisa qualitativa (estratégias, técnicas e procedimentos); foi o caminho percorrido na análise dos dados das consultas ambulatoriais, na região norte do Espírito Santo. Os entendimentos desses índices podem promover ações específicas para diminuir estas faltas desnecessárias as consultas.

A relevância deste estudo está não só na quantificação dos dados de absenteísmo, mas também como parte fundamental na construção do conhecimento que servirá de elemento para a formulação de políticas públicas. Como metodologia de Pesquisa, optou-se pelo método fenomenológico, o qual, segundo Von Zuben (1984), ensina que a tarefa da fenomenologia é revelar este mundo vivido antes de ser significado, mundo

onde estamos, solo de nossos encontros com o outro, onde se descortinam nossa história, nossas ações, nosso engajamento, nossas decisões.

Segundo Gil (2009), o propósito da fenomenologia é possibilitar ao pesquisador um esquema que propicie o delineamento de toda pesquisa, e para a análise dos resultados segue-se o modelo de COLAIZZI, caracterizado principalmente por sua clareza.

Os resultados obtidos serão categorizados, conforme Gil (2009), de forma que o pesquisador consiga tomar decisões a partir deles. Esse método requer um conjunto de categorias descritivas, que são definidas durante a leitura e releitura dos dados obtidos, até que se possa quantificar seu conteúdo.

Segundo Minayo (1998), entende-se por metodologia o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade, ocupando lugar central no interior das teorias sociais, pois ela faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria.

Por ser uma metodologia voltada a uma pesquisa de eventos ligados às políticas públicas de saúde, o objeto desse estudo envolve atividades básicas das Ciências Sociais, *“daí ser essencialmente qualitativo com a possibilidade de conhecer realidades nem sempre quantificáveis”* (MINAYO, 2004, p. 21, 30), uma vez que a abordagem quantitativa mostra-se eficaz do ponto de vista matemático, mas não é adequada para observarmos aspectos sociais relevantes, podendo levar a ocorrência de erros de decisão, em especial quando trata-se de saúde pública. As Ciências Sociais estão subordinadas a fatos históricos e contemporâneos, envolvendo o cenário atual e o desenvolvimento local de cada região, implicadas diretamente ao processo decisório.

Foram minerados dados dos sistemas SIEGES e SISREG, para pesquisa, classificação e quantificação das informações, referentes ao estudo. Após a etapa inicial, iremos criar uma visão de B.I (Business Intelligence) para sua classificação e estruturação com total aderência a este estudo.

Para Maria Cecília Minayo, pesquisa é “a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade” (2004, p. 17), enquanto que Elisabete Matallo de Pádua define pesquisa, tomada num sentido mais abstrato, como toda

atividade voltada para a solução de problemas; como a atividade de busca, indagação, investigação, inquirição da realidade, é a atividade que vai nos permitir, no âmbito da ciência, elaborar um conhecimento, ou um conjunto de conhecimentos, que nos auxilie na compreensão desta realidade e nos oriente em nossas ações (2007, p. 31).

De acordo com Minayo (2004, p. 21-22), a pesquisa qualitativa

trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

2.1 FERRAMENTA

Existem tecnologias surgindo mundialmente e no Brasil não é diferente, a Associação Brasileira dos Analistas de Inteligência Competitiva – ABRAIC, tem uma definição mais estreita do termo Business Intelligence, que muitos definem equivocadamente como ferramentas utilizadas para auxiliar as empresas a terem sucesso, ainda como: Data Warehouse, CRM, ferramentas OLAP Data Mining entre outras.

Os processos de Business Intelligence inteligências sofrem variantes e ajustes ao longo do tempo, a Inteligência de Negócios ou Business Intelligence, praticada nas organizações em sua maioria recolhem dados com a finalidade de avaliar um cenário específico da empresa, os coletores de BI acessam fontes primárias de informação dentro das organizações.

2.2 BUSINESS INTELLIGENCE

A definição básica de BI tem origem há milhares de anos, mais precisamente no oriente médio, com povos antigos, como os Egípcios, os Persas e os Fenícios, que aplicavam o conhecimento advindo a informação, para “prever” o comportamento das marés, os períodos de seca ou chuvosos, além de definir estratégias em prol e benefícios das suas sociedades ¹.

¹ Uma referência anterior a inteligência, mas não relacionada aos negócios, ocorreu em Sun Tzu - A Arte da Guerra, famoso livro chinês sobre táticas militares. Sun Tzu, é considerado um dos maiores estrategistas militares de todos os tempos. Sun Tzu fala em seu livro que para suceder na guerra, a pessoa deve deter todo o conhecimento de suas fraquezas e

Muitos povos antigos utilizavam as informações de forma estratégica, instituições britânicas, anglo-saxônicas e principalmente as americanas durante a II Guerra Mundial e demais conflitos contemporâneos, a grande demanda por informações, tornou já naquela época a informação um bem valioso. Tais informações precisavam ser obtidas através do processo de coleta, processamento, integração, análise, avaliação e de interpretação. Entre os anos 70 e 80, grandes empresas como Motorola, Hewlett Packard e Dow Chemical adotaram a prática do BI.

Para conceituarmos o BI ou Inteligência de Negócio é importante descrever Business ou Negócio e Intelligence ou Inteligência. Negócio representa uma instituição, seja pública ou privada, pode ter ou não fins lucrativos. Finalmente a Inteligência pode ser definida como a capacidade cognitiva de raciocinar, planejar, resolver problemas, usar a abstração e compreensão em favor do aprendizado.

O conceito Business Intelligence (BI), apresentado pelo Gartner Group, líder mundial na tecnologia da informação, na década de 80, que aplicava tecnologia aos conhecimentos necessários para o processo decisório estratégico das empresas. A dotando ferramentas conceituais como: *Data Warehouse*, *Data Mining*, ferramentas OLAP, entre outras.

Segundo Batista (2004, p. 121) BI é “um conjunto de ferramentas e aplicativos que oferece aos tomadores de decisão possibilidade de organizar, analisar, distribui e agir, ajudando a organização a tomar decisões melhores e mais dinâmicas”.

Segundo Atre e Moss (2003), Business Intelligence, apresenta-se como uma arquitetura ou uma coleção de ações planejadas e integradas.

Segundo Brandão (2007), o Business Intelligence deve agir de modo alinhar as ações com os objetivos estratégicos, assim possibilitando mais detalhes a tomada de

virtudes, além de todo o conhecimento das fraquezas e virtudes do inimigo. A falta deste conhecimento pode resultar na derrota. Uma certa escola traça paralelos entre as disputas nos negócios com as guerras: coleta de informações; discernimento de testes padrão e o significado dos dados (gerando informação); respondendo à informação resultante.

decisão. Dentre as principais vantagens na adoção de um BI é agilidade no processo decisório, com diminuição das incertezas.

Já Barbieri (2001) apresenta o BI de forma mais ampla onde pode ser compreendido como a adoção de variadas fontes de informação para se definir suportar a tomada de decisão e aumentar o diferencial competitivo. Fator estratégico nos dias de hoje para garantir a sustentabilidade e o sucesso das instituições.

A Mineração de Dados (*Data Mining*) é o processo de identificar, em uma grande “massa” de dados, padrões relevantes para a tomada de decisão: válidos, novos, íntegros, disponíveis e acessíveis quando necessário (FAYYAD, et al. 1996). É o processo de extração de vantagem através da mineração de dados e posteriormente transformada em informação e posteriormente.

Um case clássico de mineração de dados na área da saúde, é o artigo de Plassmann e Sánchez publicado pelo *Health Informatics Journal* (1999), onde os profissionais que trabalhavam em um ambulatório, mas precisamente em sala de curativos, revelaram que os médicos estavam começando a perceber o potencial da utilização de tecnologias e suas ferramentas digitais para apoiá-los em seus plantões. Para utilizar a tecnologia foram cruzadas informações em tempo real.

O Data Warehouse é um tipo de armazém de dados centralizado, onde informações corporativas, operacionais, táticas e estratégicas, sobre o negócio, são armazenadas, e distribuídas segundo regras rígidas de controle de acesso. Segundo Inmon (2001), DW é uma coleção de dados organizados por assuntos, integrados, temporais e não voláteis disponíveis para suportar o processo decisório. Uma característica principal do DW é oferecer diferenciais estratégicos, com relevância, agilidade de níveis variáveis de abstração (HAN e KAMBER, 2001).

O objetivo da adoção do DW é garantir que havendo necessidade as informações corporativas possam ser acessadas. Uma analogia ao DW pode ser vista nos sistemas operacionais que são o local em que os dados são apresentados e disponibilizados e o DW é a fonte a origem de onde estes dados foram obtidos (KIMBALL, 1998). O desenvolvimento e a implantação do DW não se referem à integração dos sistemas, mas também os processos e setores devem estar integrados para que se possa

perceber todo o potencial do DW. (CAMPOS e BORGES, 2002). Isso permite uma forte integração de dados, com seu uso atemporal e integral possibilita a construção de relatórios ou consultas que podem suportar a tomada de decisão (HARJINDER, 1996).

A ISO/TR 22221 (ISO, 2006), tem o objetivo de definir princípios e práticas na criação, utilização, manutenção, e proteção de um armazém de dados clínicos, além de considerações metodológicas e aspectos tecnológicos que são relevantes para a sua eficácia. Aborda a ética, a proteção de dados e faz recomendações para as políticas de governança e segurança de informação. É feita uma distinção entre um CDW e um repositório de dados operacionais de um sistema de informação em saúde.

A nova especificação técnica ISO/PDTS 29585 (ISO, 2009), favorece o trabalho da ISO/TR 22221, definindo princípios e boas práticas para o desenvolvimento de um CDW, fornecendo orientação de implementação, descrevendo considerações gerais de desenvolvimento e implementação, questões e aplicações de dados, abordagens de agregação, modelagem de dados, arquitetura e tecnologia.

O principal resultado esperado da utilização de um DW é um ambiente de consultas analíticas, onde medidas (indicadores) podem ser exploradas (analisadas) segundo algumas dimensões. Estas consultas são chamadas OLAP (*On Line Analytical Processing*), e são realizadas sobre um grande volume de dados, permitindo a análise de uma medida segundo dimensões diferentes (MACHADO, 2000).

Um exemplo sobre a adoção da metodologia de *Data Warehouse*, de análises dos benefícios e preocupações ao se fazer uso de um DW, e da sua importância, estão presentes e relatados no artigo de Hoyo-Barbolla e Lees, publicado no *Health Informatics Journal* (2002), que revisa a utilização dos armazéns de dados no setor da saúde. Os autores estudaram como essas instituições têm feito uso de aplicação da presente solução técnica em um ambiente de saúde. Diferenças entre os Estados Unidos e a Europa estão presentes na revisão da literatura nestes ambientes. Na conclusão dos autores, o DW é perfeitamente aplicável e pode ser de grande benefício para uma organização de saúde.

2.2.1 Data warehousing

O processo de *Data Warehousing* consiste num conjunto de técnicas, produtos e atividades que integram a construção de um DW e provêm um sistema completo de apoio à decisão. O conceito de *Data Warehousing* é mais abrangente, considerando o processo contínuo de extrair dados dos sistemas transacionais das instituições, “limpá-los”, carregá-los no banco de dados e disponibilizar os dados finais para os usuários. O processo de *Data Warehousing* (Figura 1) prossegue em três caminhos paralelos. Sob a perspectiva dos dados, o modelo dimensional é desenhado, a estrutura física do banco de dados é definida e são desenvolvidos os programas para alimentação do DW a partir dos sistemas transacionais ou fontes externas.

Como a principal fonte do DW é a base de dados dos sistemas transacionais das instituições, a tarefa de alimentação do DW a partir dos dados dessas bases é crucial para o sucesso do projeto. Esse processo é conhecido como Extração, Transformação e Carga (ETL). Segundo Inmon (2005), ETL é um processo que coleta ou extrai dados de aplicativos legados, integrando-os ou carregando-os no *Data Warehouse*. Extração consiste em identificar a fonte de dados primários para a análise que se quer fazer, construir os programas para trazer os dados ou exportá-los dos sistemas fonte para um ambiente intermediário conhecido como *Staging Área* (área de armazenamento com um conjunto de processos denominados de ETL), onde acontece a fase de Transformação dos dados. Nesta fase, ocorre a limpeza dos dados, que consiste em padronizar os dados e eliminar os registros fora de padrão ou com baixa qualidade de informação. Somente então, é feita a carga nas tabelas de acordo com o modelo dimensional do DW.

Na perspectiva tecnológica é preciso definir a arquitetura técnica, avaliar, selecionar e instalar a plataforma de hardware e software (Sistema Gerenciador de Dados (SGDS), ferramenta ETL, ferramenta para acesso aos dados – OLAP e gerador de relatórios).

Na perspectiva da aplicação é preciso especificar relatórios, consultas e cálculos pré-definidos requeridos pelos usuários, que serão desenvolvidos utilizando a ferramenta OLAP e/ou o gerador de relatórios escolhido. As três perspectivas convergem em seguida, quando da conclusão e da disponibilização do DW para o corpo gerencial que passa então a utilizá-lo no apoio à tomada de decisão. Demonstrando a

especificidade do processo do *Data Warehousing*, o ciclo de vida se encerra com a manutenção e o crescimento do DW, que exige um novo ciclo de desenvolvimento e aperfeiçoamento através do planejamento para um novo projeto.

Figura 1 - Data Warehousing



Fonte: Manual de *Data Warehouse*, DATASUS, 2005.

2.2.2 OLAP

São ferramentas de análise e exploração de dados, e são utilizadas para trabalhos mais interativos e de caráter investigativo. Segundo Brackett (1996), OLAP é o processamento que suporta a análise da tendência e projeções de negócio. É também conhecida como processamento de suporte a decisão.

Atualmente existem diversas plataformas, padrões operacionais de tecnologias empregadas em determinada infraestrutura (TI ou Telecomunicação), com programas e ferramentas disponíveis para suprir as demandas e necessidades das empresas na aplicabilidade e no desenvolvimento das soluções de inteligência. Essas plataformas podem ser proprietárias ou open source (livres).

Pensando nas dificuldades da gestão pública de saúde para obter ou disponibilizar recursos para investimentos na área de TI, a adoção de plataformas livres pode ser uma solução não só para os desenvolvedores de sistemas de *Data Warehouses*, *Data*

Marts e *Data Minings*, como também para todos os usuários da saúde, principalmente os gestores, permitindo o acesso e utilização das informações estratégicas disponibilizadas através desses sistemas inteligentes.

Abaixo alguns exemplos de plataformas e ferramentas livres para criação de soluções de BI:

2.2.3 Pentaho

O Pentaho, popular e poderoso software livre mundial, é uma plataforma que cria soluções de inteligência de negócios através de mineração de dados (*Data Mining*), integração e armazém de dados (*Data Warehousing*), análise de informações (OLAP), painéis para controle gerencial e de recursos de geração de relatórios.

2.2.4 TABWIN e TABNET

O TABWIN é uma ferramenta livre, um programa desenvolvido e distribuído gratuitamente pelo DATASUS para tabulações, apurações especiais e tratamento dos dados com vários recursos que permitem:

- Importar tabulações efetuadas na Internet (geradas pelo aplicativo TABNET, desenvolvido pelo DATASUS);
- Realizar operações aritméticas e estatísticas nos dados da tabela gerada ou importada pelo TABWIN;
- Elaborar gráficos de vários tipos, inclusive mapas, a partir dos dados dessa tabela;
- Efetuar outras operações na tabela, ajustando-a as suas necessidades.

Para os usuários do setor Saúde, o programa facilita:

- A construção e aplicação de índices e indicadores de produção de serviços, de características epidemiológicas (incidência de doenças, agravos e mortalidade) e dos aspectos demográficos de interesse (educação, saneamento, renda etc.) por estado e município;
- O planejamento e programação de serviços;

- A avaliação e tomada de decisões relativas à alocação e distribuição de recursos;
- A avaliação do impacto de intervenções nas condições de saúde.

Como referência da absorção da tecnologia de BI na gestão pública podemos citar a Controladoria Geral da União – CGU, através do uso de BI como gerador de informações para o Controle e Gestão da Despesa Pública. O Observatório da Despesa Pública (ODP) consiste em unidade permanente de produção de informações estratégicas na Controladoria Geral da União. O ODP tem como premissa a utilização massiva de ferramentas de tecnologia e de fontes de dados para subsidiar a tomada de decisão dos órgãos de controle e dos gestores públicos. Contando com equipe multidisciplinar, auditores e profissionais de TI implementam o que se pode chamar de "malha fina" da despesa pública.

Outro exemplo é o do Instituto Nacional de Câncer – INCA, com a utilização de técnicas de BI para consolidar e distribuir informações gerenciais em Câncer, objetivando resolver o problema de consolidar, analisar e gerar relatórios abrangentes a partir de vários repositórios de dados consistentes às informações de câncer no Brasil.

3 INFORMAÇÃO E SAÚDE

Neste trata de apresentar a tecnologia da informação, como ferramenta estratégica, para a tomada de decisão em saúde, seja no desenvolvimento de políticas públicas ou no combate ao absenteísmo em consultas de especialidades. Vamos recordar os conceitos das políticas de saúde, a criação do SUS, suas áreas de atuação e os atores envolvidos. Na sequência iremos apresentar conceitos de Informação, no que compete a Tecnologia da Informação (TI), compondo os Sistemas de Informação (SI), os Sistemas de Registros Eletrônicos e principalmente os Sistemas de Informação em Saúde (SIS). E finalmente contextualizar TI e Saúde, a geração aplicação e distribuição da tecnologia. E sua participação na condução e no desenvolvimento das Políticas de Informação em Saúde e na tomada de decisão no dos níveis estratégicos do SUS.

Segundo a World Health Organization (1978), no final do o mundo e especialmente a América Latina, fomentaram reformas em suas políticas e sistemas de saúde. Tais reformas visavam o aumento da oferta e a abrangência dos serviços de saúde. Em especial nos países latinos, que apresentavam grandes dificuldades por falta de condições sanitárias, gerando epidemias de febre amarela e malária, associadas a altos índices de mortalidade infantil, que juntos dizimavam grande parte da população.

As Ditaduras militares exerceram um importante papel nessas reformas e no fim das ditaduras militares na maioria dos países da América Latina; o resultado a Declaração Internacional de Alma Ata, que instituiu a meta de Saúde para Todos até o ano 2000 (BRASIL, 2000).

Para Vasquez (2002) apesar de impulsionadas por motivos comuns, essas reformas se diferiram de forma distinta, respeitando-se as características, a evolução e mobilização da sociedade. Para o autor, essas reformas apresentam características semelhantes, dentre elas a principal é a participação e o controle social nos seus sistemas de saúde. Todavia, não se pode deixar de considerar que o entendimento de participação e controle social, e a forma como esses se exercem, também varia entre os países.

No Brasil, após um período de 24 anos de ditadura militar, iniciou-se, a partir de 1985, um processo de reformas políticas e administrativas. Em 1987 iniciou-se um processo constituinte e em 1988 foi promulgada uma nova Constituição, uma carta mais

abrangente e progressista, estabelecendo uma política de proteção social ampla e um novo conceito de saúde.

A saúde passou, a partir de então, a ser entendida como “*direito de todos e dever do estado*” (BRASIL, 1988), significando que cada um e todos os brasileiros devem usufruir de políticas públicas - econômicas e sociais – que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral). Ainda no bojo das reformas, em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, através das Leis 8080 e 8142, que criaram o Sistema Único de Saúde - SUS e instituíram a participação e controle social na gestão do sistema de saúde do país.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público, organizado e orientado no sentido do interesse coletivo, e todas as pessoas, independente de raça, crença, cor, situação de emprego, classe social, local de moradia, a ele têm direito. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados no âmbito político, administrativo e financeiro e passam a nortear-se pela descentralização, onde os gestores assumem papéis fundamentais na saúde.

O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, são as organizações diretamente responsáveis em promover, consolidar e implementar o Sistema Único de Saúde (SUS). Durante os anos 90 desenvolveu-se um processo gradativo de descentralização na saúde envolvendo a transferência de serviços, de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal, percorrendo as diversas áreas de atuação como o planejamento e programação, financiamento, gerência de recursos humanos, organização e oferta de serviços e participação comunitária. Ainda que não isoladamente, pois os poderes públicos estadual e federal são sempre corresponsáveis na respectiva competência ou na ausência da função municipal, um dos objetivos é capacitar os municípios a assumir suas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS, bem como desenvolver ações que deem prioridade à prevenção e à promoção da saúde, atendendo as necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território. Contudo, o avanço das políticas de saúde expõe lacunas ainda não equacionadas (FROTA, 2009).

Machado (2006), em estudo sobre o papel do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002, identifica e destaca os conflitos e as dificuldades de orientação da política nacional de saúde nesse período. Conforme destaca, passada a década de 1980, marcada pela esperança de um desenvolvimentismo democratizado e por avanços constitucionais e político-institucionais, uma inflexão conservadora fez com que a década de 1990 no Brasil viesse a ser marcada pela convivência entre democratização e liberalização econômica, trazendo consequências importantes para o desenvolvimento das políticas sociais nos anos 1990.

A agenda hegemônica de reforma do Estado nessa década foi caracterizada por: “a) no plano econômico, ênfase na estabilização monetária e no controle da inflação, abertura comercial, contenção de gastos públicos, privatização de empresas estatais e fragilidade da política industrial e das estratégias de desenvolvimento de longo prazo; b) no plano administrativo, ênfase nas medidas de enxugamento da estrutura e do funcionalismo públicos, com destaque para a descentralização e novas relações entre público e privado; e c) na área social, restrições à lógica abrangente de proteção social, contenção de gastos, expansão da prestação privada (inclusive na saúde) e trajetória fragmentada das políticas sociais, com avanços institucionais esparsos e resultados limitados para a população” (Machado, 2006: p. 44).

Para a saúde os primeiros anos da década de 1990 foram geradores de importantes limitações para a organização da política setorial, a começar pelo financiamento, com a redução no volume de recursos federal, restringindo as possibilidades da descentralização, levando à competição entre estados e municípios, limitando a capacidade de superar distorções histórico-estruturais do sistema. A restrição de recursos financeiros também gerou limites para a contratação e gastos de pessoal por estados e municípios, fator limitante importante no desenvolvimento da reforma, especialmente para dar conta dos serviços e ações de saúde em face da descentralização. Por fim, a ênfase a municipalização nesse mesmo período acentuou a fragmentação do sistema de saúde, por conta do perfil da maioria dos municípios brasileiros, em sua maioria de pequeno porte, de baixo dinamismo econômico e dependente das transferências de recursos federais.

Muitos são os desafios postos na organização do SUS, que ao mesmo tempo em que ruma para consolidá-lo, convive com a mercantilização da oferta (saúde como bem econômico) e a formação do complexo industrial da saúde (saúde como espaço de acumulação de capital), revelando tensões importantes no projeto de consolidação da saúde como bem público (desmercantilização do acesso), tal como abordam Viana e Elias (2007).

Mais de vinte anos após a promulgação da Constituição e da instituição do SUS persistem problemas gerenciais na gestão do SUS, como lacunas de regulação, de produção de inovações tecnológicas e de apoio técnico nas esferas de direção estadual e federal do sistema, com repercussão na reorganização da gestão municipal.

No que concerne à área de informação, as mudanças introduzidas com a instituição do SUS geraram (e ainda geram) demandas de desenvolvimento, implantação, controle e análise dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), que permitam conhecer as características sociais, físicas, econômicas, demográficas e outras que possam afetar a saúde, servindo como instrumentos para definição do perfil epidemiológico, das ações de planejamento e de avaliação de serviços. O fato é que os problemas apurados e relatados se perpetuam na gestão pública de saúde gerando consequências para a área da informação, refletindo no baixo investimento na área de TI, na ausência ou omissão de informações e consequentemente na qualidade e eficiência das decisões tomadas pelos seus gestores.

A estruturação e organização do setor saúde é uma tarefa de grande complexidade e coloca desafios importantes para a área de informações. Para que se possa apreender a dimensão desta discussão é preciso compreender o funcionamento do sistema de saúde e as atividades que o mesmo gera. Machado (2005) organiza as atividades previstas no âmbito do SUS como campos de atuação da saúde que norteiam as diferentes “missões” presentes no projeto SUS. São atuações que envolvem as esferas governamentais, cada qual com sua competência, tendo cada campo de atuação demandas e produção de informação. São eles: a assistência à saúde, incluindo a regulação do segmento de assistência médica suplementar; a vigilância epidemiológica; a vigilância sanitária; o desenvolvimento, produção e

regulação de insumos para a saúde; a formação e gestão de recursos humanos para a saúde.

O campo de assistência à saúde compreende o conjunto de atividades direcionadas para o cuidado às pessoas, famílias, comunidades, ou grupos populacionais, abrangendo ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação da saúde; engloba também a assistência farmacêutica, orientada para a garantia do acesso aos medicamentos necessários para a manutenção ou recuperação da saúde da população, e a assistência médica suplementar do segmento de mercado de planos e seguros privados de saúde (MACHADO, 2005).

A Vigilância Epidemiológica em sua prática está concentrada na ideia de detecção, análise e disseminação de informações. No campo da vigilância epidemiológica, observa-se a integração entre as ações típicas de vigilância com as de prevenção e controle de doenças transmissíveis, em uma concepção mais ampliada, que use a informação com a ação. Segundo a Lei Orgânica da Saúde, de 1990, a vigilância articula as ações típicas de gestão de informações epidemiológicas à ação (Ibidem).

A Vigilância Sanitária é uma área estratégica de atuação do Estado, que tem como principal finalidade a proteção da saúde por meio da eliminação ou redução do risco envolvido no uso e consumo de tecnologias, produtos e serviços e nas condições ambientais. A vigilância compreende diferentes categorias, dentre as quais: a saúde pública, que busca o controle de risco; o modelo de atenção, que regulamenta os serviços; a economia, que implementa o valor de qualidade; e a proteção ao consumidor e ao desenvolvimento da cidadania no país. A Vigilância Sanitária destaca em sua prática os contextos políticos, ideológicos, tecnológicos e jurídicos (Ibidem).

O desenvolvimento, produção e regulação de insumos para a saúde envolvem fortes segmentos econômicos e diferentes tipos de mercado, cujos interesses nem sempre estão pautados na garantia e melhoria das condições de saúde da população. A realização das atribuições dos campos de atuação supracitados no atendimento das necessidades de saúde da população requer a mobilização de uma grande produção de insumos relevantes para a saúde, com qualidade e quantidade suficiente, em tempo oportuno e de forma equitativa para todo o território nacional. A atuação do

Estado no conjunto de atribuições destinadas à garantia da provisão dos insumos envolve o desenvolvimento científico e tecnológico, a política de desenvolvimento da indústria e comércio, o setor produtivo estatal, entre outros (Ibidem).

Por último, a formação e gestão de profissionais para o SUS, embutido nas atribuições de atuação do SUS, que prevê a ordenação da formação de recursos humanos para o SUS e a gestão/regulação do trabalho em saúde no SUS. A conformação de um sistema público e universal como o SUS requer o envolvimento de um grande contingente de profissionais qualificados com perfil adequado para o novo sistema e modelo de atenção, visando o atendimento das necessidades de saúde da população no âmbito do SUS, as adequadas condições de trabalho para os profissionais e o funcionamento dos serviços de saúde (Ibidem).

Para cada campo de atuação da saúde há um conjunto de dados e informações produzidos (Quadro 2). O Departamento de Informação e Informática do SUS - DATASUS é o órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde com a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde. Sua missão é: prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle do SUS. Através da manutenção de bases de dados nacionais, apoio e consultoria na implantação de sistemas e coordenação das atividades de informática inerentes ao funcionamento integrado dos mesmos (DATASUS, 2009).

Quadro 2: Informações em saúde

Campos de atuação da saúde	Dados em saúde	Sistemas de Informação
Assistência à saúde	Consultas, exames e indicadores.	SIA, SIH, SIM, SINASC, SIAB e outros
Vigilância epidemiológica	Notificações e Alertas (Programas Federais e Estaduais)	SINAN, SIM
Vigilância sanitária	Serviços, especializados e monitoramento.	CNES, SIH

Desenvolvimento, produção e regulação de insumos	Serviços e equipamentos	SIH, SIA e outros
Formação e gestão de profissionais	Recursos Humanos, produção	CNES, SIH, SIA e outros

Fonte: O autor.

Depreende-se desta rápida reconstrução histórica e das atividades previstas em cada campo de atuação que a Saúde Pública brasileira passou por profundas mudanças nessas últimas décadas, exigindo para sua implantação e funcionamento, o aprimoramento do sistema de informação em saúde, face a importância que a informação vem assumindo na sociedade moderna, como recurso estratégico de poder em todas as áreas e a complexa engenharia da saúde no Brasil. Dentre os principais atores envolvidos nestas mudanças estão o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde – CNS, as Secretarias Estaduais de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, as Secretarias Municipais de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, o DATASUS, a FUNASA, a FIOCRUZ, as Agências ANVISA e ANS, os hospitais, as universidades e tantas outras instituições que geram e/ou utilizam informações em saúde.

A informação é fundamental para a democratização da Saúde e o aprimoramento de sua gestão. A informatização das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização e controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis. O DATASUS como um órgão de informática de âmbito nacional, representa papel importante como centro tecnológico de suporte técnico e normativo para a montagem dos sistemas de informática e informação da Saúde. Suas extensões estaduais constituem a linha de frente no suporte técnico às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (DATASUS, 2009).

3.1 O DATASUS E SEUS PARCEIROS

No âmbito federal, as informações em saúde encontram-se dispersas em vários órgãos e ministérios. Esta abordagem procura identificar e definir a quem o DATASUS atende, suas funções e missões, quem são os seus parceiros da área da saúde, quais os parceiros e/ou instituições que trocam e/ou são usuários de informações em saúde, dos sistemas e aplicativos e dos serviços disponibilizados pelo DATASUS. O quadro abaixo sintetiza estas parcerias:

Quadro 3: Componentes de DATASUS

Entidades	Proposta	Vínculos
Ministério da Saúde	Organização e elaboração das políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.	Direciona a estratégia para atender as demandas remetidas pelos estados e municípios. Regulamenta a integração com prestadores federais no âmbito nacional. Demanda a organização das informações de forma agregada. Produz informações e estudos como nos casos da AIDS e do DENASUS, entre outros. Usuários de informações em saúde.
Conselho Nacional de Saúde	Controle Social das Políticas de Saúde.	Coletam e analisam de informações em saúde.

Secretarias Estaduais	Ações de saúde a nível estadual, oferta assistência de média e alta.	Cadastram e integram as bases de dados estaduais. Usuários de informações em saúde.
Secretarias Municipais	Componente do SUS mais próximo do indivíduo, atua ainda como porta de entrada para média e alta complexidade, bem como campanhas nacionais.	Alimentam as bases de dados municipais. Usuários de informações em saúde.
CONASS	Agregar e representar todas as Secretarias Estaduais de Saúde do país.	Usuários de informações em saúde.
CONASEMS	Agregar e representar todas as Secretarias Municipais de Saúde do país.	Usuários de informações em saúde.
FUNASA	Apoio técnico/financeiro no controle da mortalidade infantil e doenças hídricas.	Desenvolve e administra SIS através do CENEPI, como o SIM e o SINASC. Usuários de informações em saúde.

FIOCRUZ	Desenvolvimento de pesquisas; prestação de serviços; fabricação de insumos; ensino e formação de recursos humanos; informação e comunicação em saúde, C&T; controle da qualidade de produtos e serviços; e implementação de programas sociais.	Geram informações de saúde através dos seus núcleos de vacinas, dos seus hospitais, das suas áreas de pesquisas sociais, entre outras. Produzem indicadores e dados estatísticos em saúde. Usuários de informações em saúde.
ANVISA	Proteção da saúde através da vigilância sanitária.	Geram informações de saúde relacionadas à vigilância sanitária e desenvolvem SIS. Usuários de informações em saúde.
ANS	Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde e regular as operadoras setoriais.	Organiza base de dados dos beneficiários de planos de saúde e desenvolvem SIS. Geram e são usuários de informações em saúde.
Hospitais e prestadores	Prestar serviços ao SUS.	Geram e são usuários de informações em saúde.
Universidades, Centros de Pesquisa	Prestar serviços ao SUS e/ou Desenvolver estudos.	Usuários de informações em saúde.

Órgãos governamentais (SERPRO, DATAPREV, Ministérios e outros)	Diversas	Geram informações que podem agregar e compor as de saúde e são usuários de informações em saúde. Desenvolvem SI.
IBGE	Retratar o Brasil com informações necessárias ao conhecimento da sua realidade e ao exercício da cidadania.	Gera informações de natureza estatística, geográfica, cartográfica, demográfica e de recursos naturais, além de pesquisas específicas que englobam informações de saúde. Desenvolvem SI. Usuários de informações em saúde.

Fonte: O autor.

Na década de 90 a área de informação foi ganhando gradativamente maior espaço e institucionalizando-se na saúde. Tornava-se fundamental como já vinha sendo apontado por instituições acadêmicas, associações de gestores, instâncias do controle social e associações científicas, que o Ministério da Saúde construísse, através de um processo participativo, uma Política de Informação e Informática em Saúde capaz de conduzir o processo de informatização do trabalho de saúde, tanto nos cuidados individuais quanto nas ações de saúde coletiva, de forma a obter os ganhos de eficiência e qualidade permitidos pela tecnologia, gerando automaticamente os registros eletrônicos em que serão baseados os sistemas de informação de âmbito nacional, resultando, pois em informação de maior confiabilidade para gestão, geração de conhecimento e controle social.

Com essas premissas, em 2003, por iniciativa do DATASUS foi iniciado o processo de construção de uma Política de Informação e Informática em saúde do SUS (PNIIS), buscando sistematizar as ideias sobre o assunto e obter consenso sobre as diretrizes políticas para a área de Informação e Informática no SUS. O processo de construção da política foi sendo desenvolvido ao longo de vários meses, tendo, como marco relevante, a sua discussão na 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Esta política objetiva traçar diretrizes para atender aos princípios do SUS e tem o propósito de promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população (DATASUS, 2009).

3.1.1 Sistemas de Informação (SI)

Espalhados por este complexo arcabouço da saúde minam as pedras preciosas, “os dados”, que lapidados viram joias, “as informações”, que se transformam em “conhecimento”, e apoiam as decisões por parte dos gestores responsáveis pelo sucesso na condução do processo de implementação das políticas, planos, programas e ações de saúde no Brasil, sob a responsabilidade das três esferas de governo. A produção, o gerenciamento e a divulgação de informação são elementos estratégicos que podem servir tanto para o fortalecimento dos objetivos e ações estatais quanto para a eficácia e oportunidade das ações de controle social. As informações em saúde devem abranger as relativas ao processo saúde/doença e as de caráter administrativo, todas essenciais ao processo de tomada de decisão no setor.

Davenport e Prusak (1998, p.18), conceituam dado, informação e conhecimento (Quadro 4), onde dão maior ênfase ao termo 'informação': "informação, além do mais,

é um termo que envolve todos os três, além de servir como conexão entre os dados brutos e o conhecimento que se pode eventualmente obter".

Quadro 4: Dados, informação e conhecimento.

DADOS, INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO		
Dados	Informação	Conhecimento
Simple observações sobre o estado do mundo	Dados dotados de relevância e propósito	Informação valiosa da mente humana Inclui reflexão, síntese, contexto
Facilmente estruturado	Requer unidade de análise	De difícil estruturação De difícil captura em máquinas
Facilmente obtido por máquinas	Exige consenso em relação ao significado	Frequentemente tácito
Frequentemente quantificado Facilmente transferível	Exige necessariamente a mediação humana	De difícil transferência

FONTE: Davenport, Prusak - 1998 - p.18.

Todo sistema, usando ou não recursos de Tecnologia da Informação, que manipula e gera informação pode ser genericamente considerado Sistema de Informação

(REZENDE, 1999). A informação é todo o dado trabalhado, útil, tratado, com valor significativo atribuído ou agregado a ele e com um sentido natural e lógico para quem usa a informação. O dado é entendido como um elemento da informação, um conjunto de letras, números ou dígitos, que, tomado isoladamente, não transmite nenhum conhecimento, ou seja, não contém um significado claro (REZENDE e ABREU, 1999).

Os Sistemas de Informação (SI), independentemente de seu nível ou classificação, têm como maior objetivo auxiliar os processos de tomada de decisões na instituição. Conhecer os passos de cada uma das etapas de um Sistema de Informações é de fundamental importância para garantir não só a fidedignidade das bases de dados, mas também a permanência e a plena utilização das mesmas.

Dentro dos SI figura a Tecnologia da Informação (TI), que pode ser definida como um conjunto das atividades e soluções providas por recursos de computação. Serve para designar o conjunto de recursos tecnológicos e computacionais para a geração e uso da informação. Na saúde pública brasileira a incorporação das tecnologias de informação e comunicação vem sendo adotadas em vários setores do Ministério da Saúde. Embora no próprio Ministério da Saúde haja iniciativas que procuram ir além da oferta de dados, oferecendo interfaces de apoio à tomada de decisão em saúde pública, ainda é bastante comum a dificuldade de acessar e tratar os dados existentes de forma rotineira (VASCONCELLOS et al, 2002).

Exemplos de alguns dos principais Sistemas de Informação em Saúde (SIS) administrados pelo DATASUS, voltados para a manutenção, administração e gestão de informações, disponíveis no seu site:

- Sistemas Ambulatoriais: GIL - Gerenciador de Informações Locais, SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e outros;
- Cadastros Nacionais: CADSUS - Sistema de Cadastramento de usuários do SUS, CID-10 e outros;
- Sistemas Epidemiológicos: SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica, SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento da Gestante e outros;
- Sistemas Financeiros: SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde e outros;

- Sistemas Hospitalares: HOSPUB - Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar, SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS e outros;
- Tabulação: TABWIN, TABNET e outros;
- Sistemas Sociais: Bolsa Família e outros;
- Sistemas de Regulação: SISREG II - Sistema de Centrais de Regulação,
- SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e outros;
- Sistemas de Eventos Vitais: SIM - Sistema de Informação de Mortalidade,
- SINASC - Sistema de Nascidos Vivos.

Apesar dos esforços para o sucesso na implantação e condução da Política de Informação e Informática em Saúde do SUS (PNIIS), conforme abordado anteriormente e de acordo com a GTISP/ABRASCO (2008), a área de informação em saúde no Brasil compreende grande variedade de iniciativas institucionais, entre as quais se destaca um conjunto de sistemas nacionais de informação criados e desenvolvidos cumulativamente, durante décadas, para atender a necessidades específicas das áreas técnicas e programáticas do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estaduais e Municipais de Saúde. Em que pesem algumas iniciativas mais recentes para tornar esses sistemas interoperáveis, de modo a racionalizar fluxos e permitir uma visão integrada da situação de saúde no país e fomentar a tomada de decisão por parte dos gestores, permanece ainda um quadro institucional de fragmentação, dispersão de esforços, de recursos e de processos de trabalho.

3.2 O MODELO DE REGULAÇÃO NO NORTE DO ESPIRITO SANTO

Originária do latim, *regula*- vara reta, barra, régua; relacionado a *regere*- reger, ordenar, controlar, dirigir, guiar. De modo geral, “regulação” é o conjunto de técnicas ou ações que, ao serem aplicadas a um processo, dispositivo, máquina, organização ou sistema, permitem alcançar a estabilidade de, ou a conformidade continuada a, um comportamento previamente definido e almejado. A regulação em saúde é trabalhada como o desenvolvimento de estratégias que viabilizem o acesso adequado e oportuno aos serviços de saúde. Tem atuação na oferta, buscando otimizar os recursos assistenciais disponíveis, ainda na demanda, para garantir a mais adequada alternativa assistencial a fim de atender às necessidades de atenção e de assistência

à saúde da população. Possibilita a responsabilização dos gestores ante essas necessidades.

Como temos distinção entre “regulação da atenção à saúde” e “regulação da assistência à saúde”, adotamos os conceitos do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006).

Regulação da Atenção à Saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles.

Para este estudo adotamos o conceito da regulação da atenção à saúde.

Outros conceitos importantes para efeito deste estudo são a “necessidade” de saúde e a “demanda” de saúde, visto que interferem no processo de organização da oferta e do acesso aos serviços de saúde. Nem toda demanda é uma necessidade, porém requer respostas dos serviços de saúde. E há também necessidades que não são demandadas pelo usuário, todavia requerem a identificação da equipe da rede de saúde para a solução do problema. As demandas do usuário são geradas muitas vezes pelos serviços / prestadores, e não pela necessidade de saúde, repercutindo na alocação de recursos com eficiência e eficácia.

Nas ações de regulação existe uma unidade operacional denominada **complexo regulador**, o qual é composto por uma ou mais estruturas denominadas **centrais de regulação**, que compreendem toda a ação-meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações (demandas) de atendimento, processam e agendam. Essas centrais de regulação atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas, como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, conforme **figura 2**.

Figura 2: Fluxo do agendamento de consultas especializadas reguladas.



Fonte: Manual de implantação de complexos reguladores – MS 2010.

O Sistema de Regulação (SISREG), sistema informatizado da central de regulação, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, no período de 1999-2002, foi criado para gerenciamento de todo o Complexo Regulatório, incluindo desde a rede básica de saúde à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a melhoria na utilização dos recursos.

A efetivação da regulação da assistência pressupõe:

- a) a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;
- b) a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;
- c) a delegação pelo gestor competente de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais;

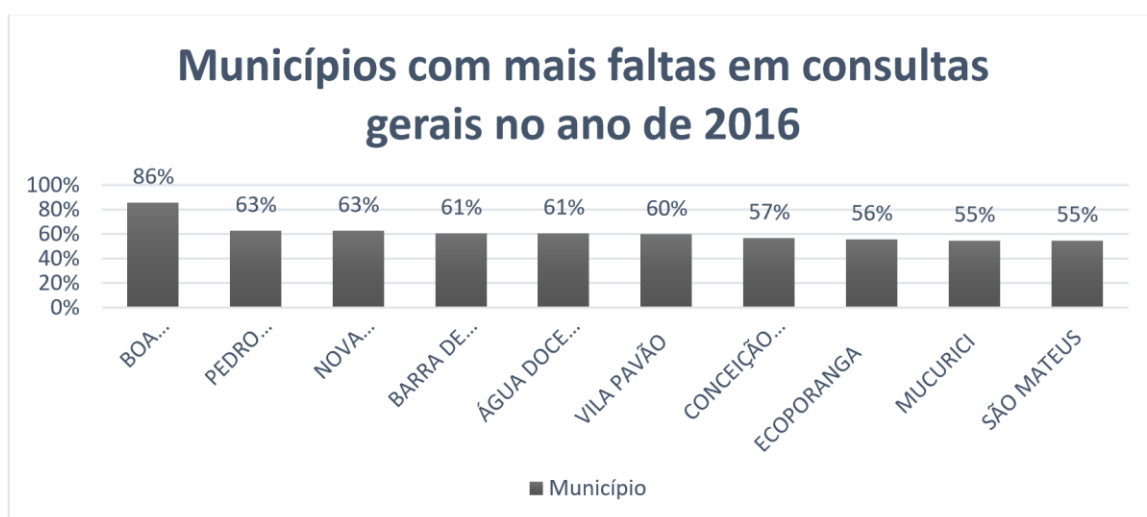
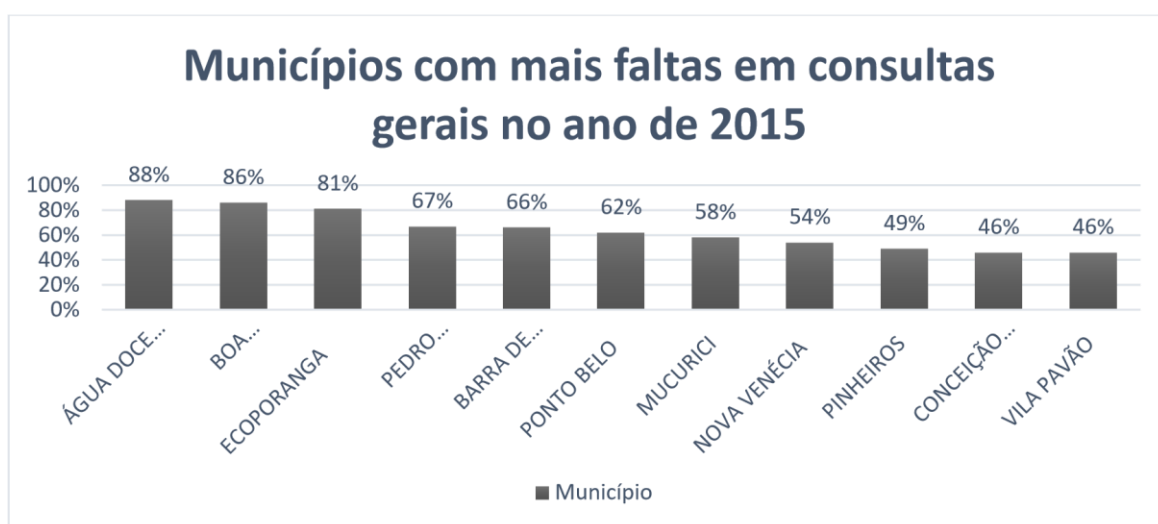
d) a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação.

São objetivos da regulação:

- a) oferecer a melhor alternativa assistencial para a demanda do usuário, considerando a disponibilidade assistencial;
- b) organizar e garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno, de forma ordenada e equânime;
- c) organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-las às necessidades demandadas pela população;
- d) otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- e) fornecer subsídios aos processos de planejamento, controle e avaliação;
- f) fornecer subsídios para o processo de programação pactuada e integrada (PPI)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

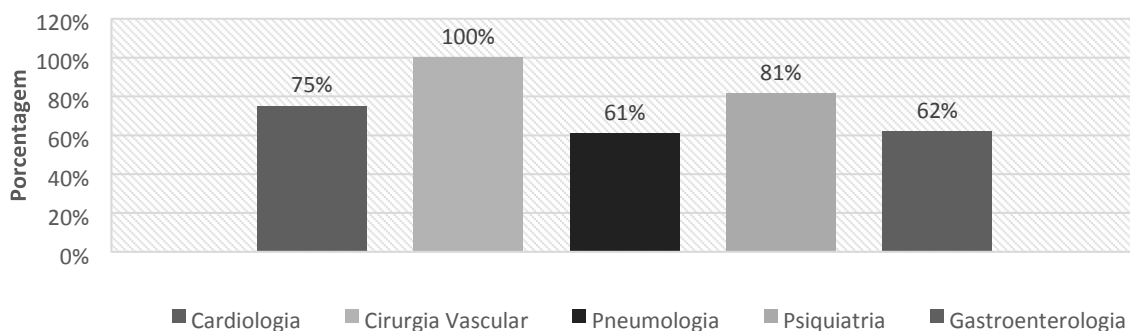
Este trabalho abordou a dimensão quantitativa das faltas as consultas agendadas e programadas pela administração municipal junto ao SISREG. Conseguimos dimensionar as especialidades e os municípios com seus devidos graus de absenteísmo, selecionamos no estudo os dez municípios com maior percentual de faltas as consultas de modo geral (envolvendo todas as especialidades pesquisadas.). Identificamos no gráfico abaixo, os 10 (Dez) municípios com mais faltas gerais as consultas, nos anos de 2015 e 2016, somando-se todas as 16 (dezesesseis) especialidades pesquisadas.



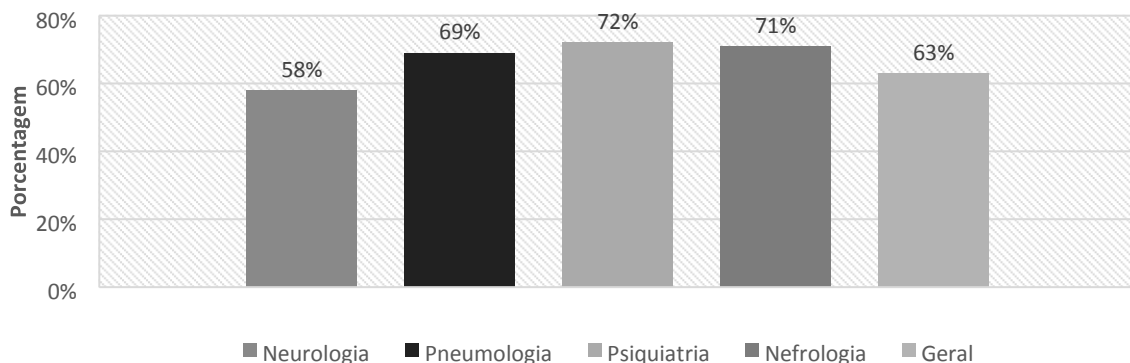
Seguindo a linha da pesquisa, identificamos as 5 (cinco) especialidades com o maior número de faltas nos anos de 2015 e 2016, cabe ressaltar, que todas as

especialidades listadas, tiveram índice maior que 50 % de absenteísmo. Fato esse que demonstra uma grande deficiência no processo de gestão e ainda um grande desperdício de recursos do SUS.

As cinco especialidades com mais abstenções em 2015

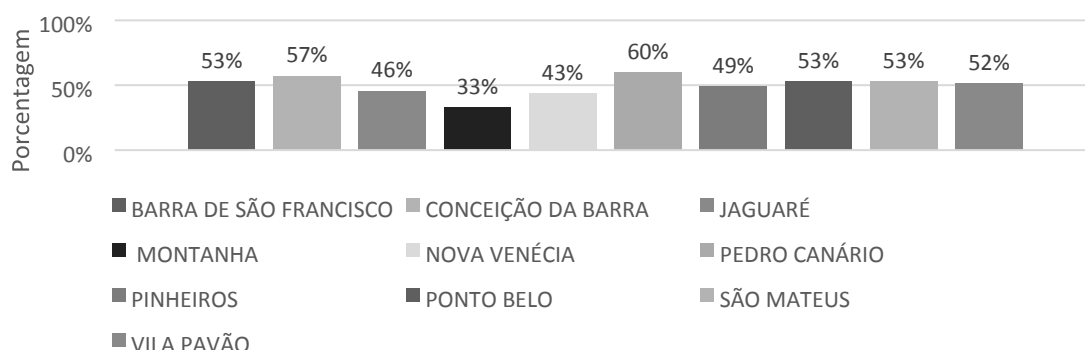


As cinco especialidades com mais abstenções em 2016

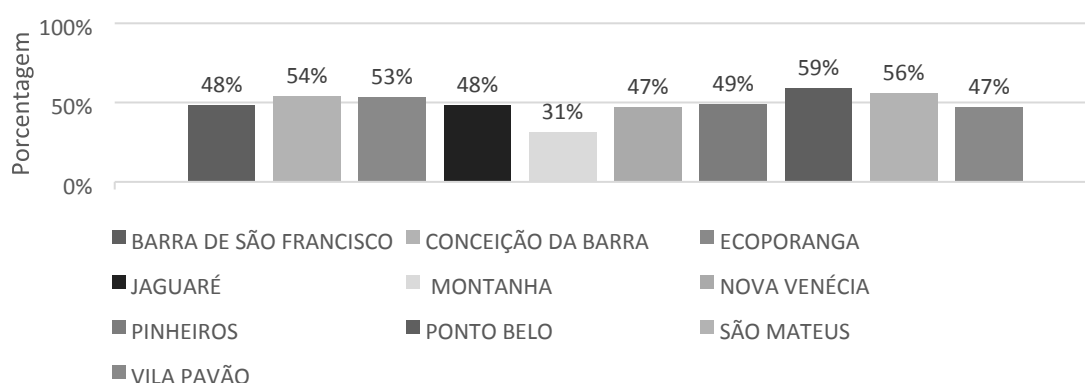


Por outro lado, pudemos verificar os 10 (dez), municípios com menor índice de absenteísmo às consultas, nos anos de 2015 e 2016, mesmo assim o melhor colocado (Montanha) apresentou um índice geral de 33%, mais um sinal de alerta aos gestores do SUS.

Os 10 Municípios com menos abstenções em 2015



Os 10 Municípios com menos abstenções em 2016



Outro ponto observado na pesquisa foi a falta de humanização no processo de acesso ao paciente até a consulta referenciada. Fica claro a dependência de transporte sanitário para alguns, que em muitas vezes vem de localidades a 300 km de distancia, ficam até 8 horas, aguardando para o retorno, uma vez que, o transporte leva vários pacientes e tem que aguardar todos se consultarem.

Ainda a falta de planejamento municipal para o traslado dos pacientes, ausência de contingencia, mostrou-se como potencial ofensor a efetivação das consultas agendadas.

O processo de regulação em si, também apresenta fragilidades, no que tange a marcação, uma vez que não usa outras validações, além do CNS, para que seja

possível identificar o paciente e evitar duplicidades nos agendamentos, observamos uma fragilidade neste processo onde um mesmo paciente pode ter vários agendamentos, para a mesma especialidade no mesmo dia. Não obstante o desperdício causado com o absenteísmo, é um fator que exauri os recursos do SUS, além de demonstra falta de controle dos gastos com saúde.

Então concluímos que há uma grande carência gestão do absenteísmo às consultas de especialidades no norte do Espírito Santo, este estudo pretendeu quantificar e classificar os municípios e especialidades, sendo os motivos das faltas objeto de estudo futuro, se possível em um programa de doutorado, dada a especificidade do problema. Temos consciência através da literatura e da mídia, que desafio de diminuir as taxas de absenteísmo, não esta apenas no norte do Espírito Santo, objeto desse estudo, mas faz parte de um lamentável cenário mundial. Esse fato serve para nos motivar e inspirar para buscar soluções efetivas e sustentáveis para reduzir as taxas de faltas as consultas de especialidades.

REFERÊNCIAS

ABRAIC. Associação Brasileira dos Analistas de Inteligência Competitiva. Disponível em: <http://www.abraic.org.br>. Acesso em: setembro de 2018.

ATRE, S.; MOSS, L. T. **Business Intelligence Roadmap: The Complete Project Lifecycle for Decision-Support Applications**. Boston: Addison Wesley, 2003.

BATISTA, E. O. **Sistema de Informação: o uso consciente da tecnologia para o gerenciamento**. São Paulo: Saraiva, 2004.

BRACKETT, M. H. **The Data Warehouse Challenge: Taming Data Chaos**. USA: Wiley, 1996.

BRANDÃO, E. Q. **Por que BI deveria significar "Business Information" e não "Business Intelligence"**. Disponível em: http://www.administradores.com.br/noticias/por_que_bi_deveria_significar_business_information_e_nao_businessintelligence/12833/. Acesso em: março de 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

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. Casa Civil. Brasília, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Declaração de Alma Ata. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega Países, Declaração do México**. Brasília: MS/Projeto Promoção da Saúde, 2000.

BRASIL. **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. Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Ministério da Saúde. Brasília, 2008.

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 de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Casa Civil. Brasília, 2012.

BRASIL. **DATASUS**. Departamento de Informática do SUS. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php>. Acesso em: novembro de 2018.

CAMPOS, M. L. M.; BORGES, V. J. A. S. **Diretrizes para a Modelagem: Incremental de Data Marts**. **Anais do XVII Simpósio Brasileiro de Bancos de Dados**. Gramado, Brasil, 2002.

DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

DE PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. 13. ed. São Paulo: Papirus, 2007.

FAYYAD, U.; PIATETSKI-SHAPIO; GREGORY; SMYTH, P. The KDD Process for Extracting Useful Knowledge from Volumes of Data. In: **Communications of the ACM**. 1996.

FROTA, L. C. M. **Inteligência nas organizações públicas de saúde: soluções e informações estratégicas para gestão**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca: Rio de Janeiro, 2009.

GARTNER GROUP. Disponível em: <http://www.gartner.com>. Acesso em: jun. 2018.

GTISP/ABRASCO. **Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde/2008-2012**. (PlaDITIS), 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/grupos/arquivos/20080716113101.pdf>. Acesso em: jun. 2018.

HAECKEL; STEPHEN H.; NOLAN; RICHARD L. Managing by Wire. **Harvard Business Review**. v. 71, n.5, p. 122-133, Sep./Oct. 1993.

HAN, J.; KAMBER, M. **Data mining**, Morgan Kaufmann Publishers, New York, USA, 2001.

HARJINDER, G.; RAO, P. C. **The Official Guide to Data Warehousing**. Que Corporation, 1996.

INMON, W. H.; TERDERMAN, R. & IMHOFF, C. **Data Warehousing: como transformar informações em oportunidades de negócios**. São Paulo: Editora Berkeley, 2001.

INMON, W. H. **Building the Data Warehouse**, Fourth Edition. Published by Wiley Publishing, Inc. Indianapolis, Indiana, 2005.

ISO. The International Organization for Standardization. **Health informatics - Good principles and practices for a clinical data warehouse**, 2006.

ISO. The International Organization for Standardization. **Health informatics. Deployment of a clinical data warehouse**, 2018.

KIMBALL, R. **Data Warehouse tool kit: técnicas para a construção de data warehouses dimensionais**. Makron Books, São Paulo, 1998.

MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002**. Doutorado em Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil, 2005.

MACHADO, C. V. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. **Rev Panam Salud Publica**. Public Health 20(1):44-49, 2006.

MACHADO, F. N. R. **Projeto de Data Warehouse: uma visão multidimensional**., São Paulo: Érica, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Coleção Temas Sociais. 24. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

MOODY, D. L.; KORTINK, M. A. R. **From Enterprise Models to Dimensional Models: A Methodology for Data warehouse and Data mart Design (DMDW)**, Stockholm, Sweden, 2000.

MORAES, I. H. S. **Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. Rio de Janeiro, Editora Hucitec/Abrasco, 1994.

MORAES, I. H. S. **Política, tecnologia e informação em saúde**. Casa da Qualidade Editora, 2002.

NOLAN, R. L. **Note on information technology and strategy**. Boston: Harvard Business School, 1993.

POON, P.; WAGNER, C. **Critical success factors revisited: success and failure cases of information systems for senior executives**. Decision Support Systems. Vol. 30, 2001.

REZENDE, D. A. **Engenharia de software e sistemas de informação**. Rio de Janeiro: Brasport, 1999.

REZENDE, D. A.; ABREU, A. F. **Tecnologia da Informação Aplicada a Sistemas de Informação Empresariais**. São Paulo: Atlas, 2001.

SCIP. **Society of Competitive Intelligence Professionals**. Disponível em: <http://www.scip.org>. Acesso em: setembro de 2018.

SEN, A.; JACOB, V. S. **Industrial Strength Data Warehousing**. Communications of the ACM, 1998.

SESA. **SIEGES** (Sistema de Informações Estratégicas para a Gestão). Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em: www.sesa.e.gov.br. Acesso em: 30-10-2018 a 07-11-2018.

VASCONCELLOS, M. M. et al. Políticas de Saúde e Potencialidades de uso das Tecnologias da Informação. **Saúde em Debate**. v. 26, n. 61, p. 219-235, maio/ago. 2002.

WATTERSON, K. Second Generation Data. **SunExpert Magazine**, p. 58-65, 1998.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Prioridade de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (Sup): 1765-1777, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care: health for all series nº1**. Genebra: WHO, 1978.

ANEXOS

ABSENTÉISMO EM CONSULTAS ESPECIALIZADAS

PERÍODO: JANEIRO DE 2016 a DEZEMBRO DE 2016

MÚNICÍPIOS DA REGIÃO NORTE DE SAÚDE

MUNICÍPIO: ÁGUA DOCE DO NORTE

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia			100%		71%	92%	84%	85%	65%	88%	69%	77%	81 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia			80%	100%	50%	14%	46%	67%	25%	40%	44%	71%	54 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia	60%	52%	64%	66%	76%	59%	53%	76%			71%	41%	62 %
Consulta em Ortopedia	33%		67%	83%		71%	44%	36%		100%	100%	100%	71 %
Consulta em Dermatologia	50%				100%	89%	80%	70%		100%	100%		84 %
Consulta em Otorrinolaringologia	100%		80%	60%	86%	50%	57%	71%					72 %
Consulta em Urologia	33%	33%	67%	40%	67%	50%	75%	54%	44%	75%	50%	67%	55 %
Consulta em Neurologia	100%	75%	25%	100%	42%	56%	56%	54%	100%	50%	75%	80%	68 %
Consulta em Pneumologia	100%	100%	100%	100%	50%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	94 %
Consulta em Reumatologia			50%			33%	100%		60%	33%		100%	63 %
Consulta em Psiquiatria			85%	100%	45%	80%	50%	83%	25%	25%	60%	50%	67 %
Consulta em Nefrologia		33%	50%		100%	60%	100%	60%	50%	33%		50%	60 %
Consulta em Gastroenterologia	50%	50%	100%	100%	50%	67%	57%	40%	67%		75%	25%	62 %
Geral	67%	33%	75%	43%	67%	75%	40%	50%	100%	50%	71%	60%	61 %
Outros	29%	33%	62%	62%	75%	75%	67%	79%	76%	60%	57%	47%	60%

MUNICÍPIO: BARRA DE SÃO FRANCISCO

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia			50%	67%	88%	27%	25%	15%	33%	50%	40%	80%	47 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia		50%	40%	33%	50%	35%	20%	33%				33%	37 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia	40%	71%	56%	39%	44%	18%	33%	26%			28%	38%	39 %
Consulta em Ortopedia	50%	33%	36%	31%		20%	33%	56%			33%	85%	42 %

Consulta em Dermatologia			50%			55%	67%	100%	100%		40%	80%	70 %
Consulta em Otorrinolaringologia	25%	14%	33%	50%	75%	13%	19%	36%				50%	35 %
Consulta em Urologia		50%	38%		25%		33%	43%	67%		50%	100%	51 %
Consulta em Neurologia		100%	100%		35%	63%	50%	17%		50%			59 %
Consulta em Pneumologia			100%		100%	20%	50%		50%		50%	75%	64 %
Consulta em Reumatologia	40%	43%	17%	50%		20%	25%	60%		50%		100%	45 %
Consulta em Psiquiatria			64%		100%	75%	20%		33%	20%		71%	55 %
Consulta em Nefrologia		33%					67%	50%	100%	57%		20%	55 %
Consulta em Gastroenterologia			60%	50%		35%	13%	17%			17%	50%	34 %
Geral			75%	20%	33%	100%	67%			67%	67%		61 %
Outros	43%	25%	44%	52%	17%	32%	32%	21%	35%	42%	17%	39%	33%

MUNICÍPIO: BOA ESPERANÇA

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia		100%	50%				50%	14%			100%		63 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia		17%	40%				67%	33%			100%	67%	54 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia	100%	100%	21%	13%	43%			36%	67%	67%		67%	57 %
Consulta em Ortopedia	100%	67%	63%	25%	67%		75%	13%	13%	13%	8%	11%	41 %
Consulta em Dermatologia		35%		25%	20%		20%	37%	75%			100%	45 %
Consulta em Otorrinolaringologia	100%	67%					33%	15%	50%		33%	75%	53 %
Consulta em Urologia	100%					100%		25%	42%	50%	17%	14%	50 %
Consulta em Neurologia		100%	60%		50%		100%	40%	50%	100%		50%	69 %
Consulta em Pneumologia					100%			33%	100%	100%	50%	75%	76 %
Consulta em Reumatologia	100%	100%		25%	14%		67%	30%	75%	80%		86%	64 %
Consulta em Psiquiatria												100%	100 %
Consulta em Nefrologia	50%		100%									100%	83 %
Consulta em Gastroenterologia	25%		100%			100%	50%	13%	33%	25%	80%	33%	51 %
Geral		100%			50%	100%				100%		80%	86 %
Outros	80%	60%	38%	44%	50%	100%	17%	18%	25%	40%	47%	66%	49%

MUNICÍPIO: CONCEIÇÃO DA BARRA

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia					20%	14%	8%	32%				100%	35 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia	100%		67%	58%	45%	50%	77%	17%	43%	63%		28%	55 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia	21%	67%	25%	60%	41%	39%	40%	29%	43%	71%	9%	55%	42 %

Consulta em Ortopedia	40%	67%	14%	67%	44%	43%	67%	56%	33%	50%	71%	75%	52 %
Consulta em Dermatologia	33%	50%		25%	50%	38%	33%	65%	38%	91%			47 %
Consulta em Otorrinolaringologia	20%	25%	50%	25%	36%	31%	48%	26%	60%	50%	58%	56%	40 %
Consulta em Urologia			100%		28%	46%	39%	40%	28%	44%	11%	45%	48 %
Consulta em Neurologia	100%	67%	33%	50%	75%	100%	100%	100%				100%	81 %
Consulta em Pneumologia								40%	50%				45 %
Consulta em Reumatologia					67%	100%							33 %
Consulta em Psiquiatria							100%						100 %
Consulta em Nefrologia	33%	67%	33%	67%			45%	100%	100%	100%			68 %
Consulta em Gastroenterologia	32%	100%	62%		17%	67%	100%	29%	19%	56%	25%	41%	68 %
Geral	83%	64%	67%		29%	71%	64%	10%		60%	25%	100%	57 %
Outros	59%	42%	67%	42%	35%	50%	48%	46%	28%	41%	35%	32%	44%

MUNICÍPIO: ECOMORANGA

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia	80%	50%	67%	67%	57%	61%	19%	37%	24%	80%	71%	52%	55 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia	64%	50%	73%	8%	50%	68%	73%	53%	69%	38%	57%	64%	56 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia	66%	51%	61%	56%	52%	58%	38%	39%			36%	40%	50 %
Consulta em Ortopedia	67%	36%	45%	38%	53%	40%	25%	50%	50%	67%	100%	80%	54 %
Consulta em Dermatologia	50%		50%	33%	56%	75%	40%	33%			33%	67%	49 %
Consulta em Otorrinolaringologia	41%	37%	58%	56%	48%	65%	50%	74%				100%	59 %
Consulta em Urologia	67%	30%	56%	41%	30%	48%	38%	48%	29%	23%	35%	53%	41 %
Consulta em Neurologia	33%	100%		100%	75%			33%			100%	33%	68 %
Consulta em Pneumologia	33%	50%	50%	50%			100%		60%	20%	29%	40%	48 %
Consulta em Reumatologia	22%	35%	39%	48%	41%	23%	42%	33%	13%			72%	37 %
Consulta em Psiquiatria		50%	50%	60%	60%	80%	50%	100%					64 %
Consulta em Nefrologia	50%	67%	20%	33%	33%	70%		55%	20%	20%			41 %
Consulta em Gastroenterologia	67%		60%	50%	100%	67%	50%	60%	55%	100%	33%	91%	67 %
Geral		50%	100%	33%	100%		50%	14%		80%	47%	25%	56 %
Outros	58%	36%	42%	71%	61%	62%	51%	49%	50%	66%	70%	81%	58%

MUNICÍPIO: JAGUARÉ

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia		100%			50%	47%	42%	54%	52%				57 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia			38%	33%	25%	22%	20%	50%		20%		20%	29 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia	17%	47%	20%	18%	41%	13%	33%	19%	25%	33%	29%	27%	27 %

Consulta em Ortopedia	44%	42%	56%	60%	23%	44%	17%	37%	60%	27%	47%	43%	42 %
Consulta em Dermatologia	48%	28%	57%	34%	35%	39%	44%	34%	27%	25%	45%	64%	40 %
Consulta em Otorrinolaringologia	20%	39%	37%	45%	50%	24%	36%	23%				100%	42 %
Consulta em Urologia	75%	22%	50%	33%	26%	38%	25%	25%	38%	22%	21%	36%	34 %
Consulta em Neurologia	50%		33%	100%	40%	75%	50%	100%	50%		50%	100%	72 %
Consulta em Pneumologia								100%	33%	60%	33%	80%	61 %
Consulta em Reumatologia	25%	23%	13%	14%	56%	29%	25%	63%	36%	86%	100%	38%	42 %
Consulta em Psiquiatria						100%							100 %
Consulta em Nefrologia	17%	33%	50%		43%	56%		27%	50%	25%			33 %
Consuta em Gastroenterologia	20%	25%	83%	17%	50%	43%	89%	48%	100%	50%		50%	52 %
Geral	36%	18%	79%	38%	43%	40%	42%	63%	100%	69%	60%	50%	53 %
Outros	43%	33%	43%	40%	35%	33%	39%	49%	57%	38%	28%	42%	40%

MUNICÍPIO: MONTANHA

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia					9%	8%	32%	27%	7%	38%		30%	22 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia	50%	27%	29%	13%	38%	33%	33%	17%	25%	25%	20%	60%	31 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia	22%	22%	7%	23%	27%	25%	14%	46%		25%	18%		23 %
Consulta em Ortopedia	33%		18%		80%	33%	18%	18%	17%		30%	27%	30 %
Consulta em Dermatologia	50%	10%	35%	14%	28%	14%	17%	35%	13%	30%	12%	83%	28 %
Consulta em Otorrinolaringologia	100%	25%	7%	18%	28%	10%	24%	27%	50%	20%	14%	29%	29 %
Consulta em Urologia			64%		5%	13%	13%	16%	7%	20%	19%	19%	20 %
Consulta em Neurologia	18%	17%	32%	54%	39%	35%	24%		33%			36%	32 %
Consulta em Pneumologia					100%			50%	50%	20%	63%	29%	52 %
Consulta em Reumatologia	29%		15%	11%	25%	25%	8%	25%	27%	29%		25%	22 %
Consulta em Psiquiatria	25%		25%		67%	37%							38 %
Consulta em Nefrologia				40%	25%					50%			38 %
Consuta em Gastroenterologia	20%	17%	100%	17%	75%	42%	43%	34%				100%	50 %
Geral	20%	10%	60%	14%	43%	50%	14%	20%	13%	15%	26%	33%	27 %
Outros	20%	23%	16%	30%	49%	20%	28%	22%	29%	38%	18%	32%	27 %

MUNICÍPIO: MUCURICI

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia					100%	80%						100%	93 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia		50%	57%		40%	50%	20%	33%	100%	100%			56 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia	44%	86%	40%	33%	33%	11%						50%	43 %
Consulta em Ortopedia		100%	67%	100%	67%	100%	33%			100%		50%	77 %

Consulta em Dermatologia			100%		25%	100%	27%	80%		100%		100%	76 %
Consulta em Otorrinolaringologia					67%		20%	67%					51 %
Consulta em Urologia					33%	25%	13%	57%	25%				31 %
Consulta em Neurologia	100%		67%			50%		100%	100%			100%	86 %
Consulta em Pneumologia									100%				100 %
Consulta em Reumatologia		50%	33%		33%	67%		50%		50%		100%	55 %
Consulta em Psiquiatria													0 %
Consulta em Nefrologia	50%	50%						100%	100%	100%			80 %
Consulta em Gastroenterologia	100%		100%			75%	60%	54%					78 %
Geral		75%	56%		60%		20%			50%		67%	55 %
Outros	20%	75%	57%	36%	29%	50%	29%	63%	80%	33%	25%	25%	43%

MUNICÍPIO: NOVA VENÉCIA

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia		67%		20%	55%	34%	29%	36%	26%	100%	33%	35%	44 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia		13%	33%	13%	33%	8%	36%	40%	32%	75%	43%	55%	35 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia	38%	17%	32%	41%	22%	29%	22%	24%	20%	33%	15%	44%	28 %
Consulta em Ortopedia	33%	54%	50%	60%	55%	35%	33%	48%	65%	44%	45%	59%	49 %
Consulta em Dermatologia	50%	36%	29%	13%	14%	36%	19%	79%	29%	30%	48%	77%	38 %
Consulta em Otorrinolaringologia	18%	22%	33%	20%	52%	41%	44%	46%	58%	46%	11%	67%	38 %
Consulta em Urologia		25%	25%		37%	18%	38%	44%	33%	53%		29%	34 %
Consulta em Neurologia	25%		33%		18%	44%	45%	27%	32%	50%	74%	56%	40 %
Consulta em Pneumologia			100%		50%	67%	60%	50%	44%	100%	13%	44%	59 %
Consulta em Reumatologia	25%	44%	34%		57%	34%	44%	40%	11%	28%		21%	34 %
Consulta em Psiquiatria					50%	55%					100%	100%	76 %
Consulta em Nefrologia						67%			75%				71 %
Consulta em Gastroenterologia			25%		50%	44%	50%	50%	43%	100%	100%	33%	55 %
Geral	33%		100%			40%			100%		54%	50%	63 %
Outros	55%	53%	53%	45%	42%	31%	41%	36%	44%	46%	49%	39%	45%

MUNICÍPIO: PEDRO CANÁRIO

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia			100%		100%		67%	100%	33%	50%		50%	71 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia	14%	33%	50%	33%		57%	40%	40%			50%	100%	46 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia	80%	54%	35%	24%		7%	31%	50%	50%		25%	33%	39 %

Consulta em Endocrinologia	75%	80%	60%	25%	17%	67%	67%	50%		50%	50%		54 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia	83%	40%	25%	50%	33%	17%		20%	100%	100%	50%	100%	56 %
Consulta em Ortopedia	75%	40%	50%	67%	20%		67%	50%		33%	100%	83%	59 %
Consulta em Dermatologia	75%	65%	42%	58%	42%	54%	41%	59%	25%	44%	43%	100%	54 %
Consulta em Otorrinolaringologia	67%	80%	40%	31%	45%	40%	67%	77%	86%	50%	40%	100%	60 %
Consulta em Urologia	100%	33%	40%	17%	67%	50%	43%	64%	70%		25%	76%	53 %
Consulta em Neurologia					100%								50 %
Consulta em Pneumologia							50%		50%		50%		50 %
Consulta em Reumatologia		100%	33%	100%	100%		50%				75%	50%	73 %
Consulta em Psiquiatria							100%						100 %
Consulta em Nefrologia	100%	67%	25%					33%	50%				55 %
Consulta em Gastroenterologia	100%	100%				78%	60%	29%		100%	100%		81 %
Geral	50%	50%	27%	100%	67%	50%	25%	43%	40%	45%	38%	36%	48 %
Outros	56%	85%	50%	56%	45%	44%	46%	45%	31%	42%	24%	47%	48%

MUNICÍPIO: SÃO MATEUS

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia		33%	50%	50%	53%	76%	61%	46%	58%	59%	40%	62%	54 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia	33%		72%	100%	63%	77%	74%	50%	80%	71%		33%	65 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia	64%	58%	34%	65%	63%	69%	57%	33%	75%	50%	42%	48%	55 %
Consulta em Ortopedia	53%	52%	75%	87%	85%	81%	62%	71%	63%	67%	70%	66%	69 %
Consulta em Dermatologia	17%	63%	17%		52%	61%	72%	81%	72%	61%	62%	98%	60 %
Consulta em Otorrinolaringologia	55%	38%	25%	45%	45%	39%	65%	69%	40%	33%	43%	50%	46 %
Consulta em Urologia		37%	40%	20%	51%	58%	58%	22%	39%	45%	27%	23%	38 %
Consulta em Neurologia	33%	50%	35%	65%	57%	47%	60%	58%	23%	100%	50%	70%	54 %
Consulta em Pneumologia	100%		50%	33%	100%	67%	100%	67%	50%	33%	29%	90%	65 %
Consulta em Reumatologia	50%	29%	37%	25%	40%	35%	43%	38%	30%	35%	35%	54%	38 %
Consulta em Psiquiatria				100%		100%	100%	100%			100%	100%	100 %
Consulta em Nefrologia	67%	48%	23%	36%	27%		36%	25%	45%	38%	25%	57%	39 %
Consulta em Gastroenterologia	30%		18%	33%	50%	82%	78%	72%	50%	70%	43%	90%	56 %
Geral	60%	36%	83%	55%	54%	46%	73%	57%	38%	49%	47%	69%	55 %
Outros	41%	55%	45%	40%	59%	60%	55%	59%	48%	46%	55%	54%	51%

MUNICÍPIO: VILA PAVÃO

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia	100%	50%			33%	33%	33%	20%	20%	20%	100%	56%	47 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia		43%			40%		25%	36%	13%	50%	20%	30%	32 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia	33%		33%	33%		40%	50%	33%	50%	50%			40 %
Consulta em Ortopedia	20%		43%	33%	60%	33%	36%	32%	50%	56%	33%	37%	39 %
Consulta em Dermatologia	20%	25%	50%	50%	45%	36%	25%	62%	27%	53%	32%	57%	40 %
Consulta em Otorrinolaringologia	50%	22%	29%		26%	35%	69%	26%	47%	56%	42%	48%	41 %
Consulta em Urologia				100%	33%		64%	36%	30%	75%	20%	50%	51 %
Consulta em Neurologia			100%		36%	41%	51%	33%	41%	28%	36%	71%	49 %
Consulta em Pneumologia					100%	50%	33%	75%	25%	50%		100%	62 %
Consulta em Reumatologia	20%	50%	50%	20%	14%	56%	44%	33%		67%	33%	60%	41 %
Consulta em Psiquiatria		50%		33%	50%	100%	60%	38%	57%		25%		52 %
Consulta em Nefrologia						50%							50 %
Consulta em Gastroenterologia	67%				67%	33%	20%	33%	100%	100%	25%	50%	55 %
Geral			63%				75%		100%	43%	40%	40%	60 %
Outros	25%	33%	14%	50%	45%	35%	42%	50%	62%	29%	55%	47%	41 %

Fonte: SIEGES (SISTEMA DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS PARA A GESTÃO) DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE ACESSO NO PERÍODO DE 30-10-2018 à 13-11-2018

Os dados que compõem as informações do SIEGES são extraídos do SISREG - Sistema de Regulação Estadual (Bases Metropolitana e Norte)

ABSENTISMO EM CONSULTAS ESPECIALIZADAS

PERÍODO: JANEIRO DE 2015 À DEZEMBRO DE 2015

MÚNICÍPIOS DA REGIÃO NORTE DE SAÚDE

MUNICÍPIO: BARRA DE SÃO FRANCISCO[illegible]

Consulta em Nefrologia			50%	60%	60%	50%	40%				27%	60%	50 %
Consulta em Gastroenterologia	50%	100%		100%			100%	100%		100%			79 %
Geral	100%			100%		50%	80%	83%	38%	40%	33%		66 %
Outros	42%	30%	45%	37%	46%	26%	28%	36%	48%	31%	44%	29%	37%

MUNICÍPIO: BOA ESPERANÇA

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia			50%		100%			100%	100%			50%	80 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia	100%	33%	33%		33%	17%	17%	33%				100%	46 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia		7%	21%	33%	50%	17%	38%	25%	67%		33%	86%	38 %
Consulta em Ortopedia		50%	60%	60%	71%	83%	60%		50%	75%	100%		68 %
Consulta em Dermatologia	35%	20%	17%	29%	50%	33%	50%	33%		50%	29%	25%	74 %
Consulta em Otorrinolaringologia	71%	67%	83%	75%	100%	33%	40%	64%	75%	82%	100%		72 %
Consulta em Urologia	17%	40%	100%	33%	33%	33%		33%					36 %
Consulta em Neurologia	50%	100%	17%	100%	20%		29%		50%	33%			50 %
Consulta em Pneumologia		50%				100%		25%		50%		33%	52 %
Consulta em Reumatologia	75%	100%	50%		56%	33%	35%	25%	80%	100%	75%	67%	63 %
Consulta em Psiquiatria								100%	100%				100 %
Consulta em Nefrologia			67%								100%		83 %
Consulta em Gastroenterologia						100%	100%	50%					83 %
Geral	100%	100%					100%	100%	100%	50%		50%	86 %
Outros	50%	58%	38%	33%	67%	29%	35%	50%	75%	67%	80%	60%	53%

MUNICÍPIO: CONCEIÇÃO DA BARRA

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia													0 %
Consulta em Cirurgia Vascular		100%			100%								100 %
Consulta em Endocrinologia	57%		43%	33%	73%	46%	39%	50%	25%	31%	30%	78%	46 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia	21%	36%	25%	30%	35%	29%	8%	20%	20%	13%	42%	63%	28 %
Consulta em Ortopedia		13%	33%	100%		20%	13%	25%	40%		25%	100%	41 %
Consulta em Dermatologia		100%						50%			100%	67%	79 %

Consulta em Oftalmologia	29%	22%	13%	13%	20%	44%	25%		27%	45%	33%	25%	25 %
Consulta em Ortopedia	10%	18%	24%	38%	50%	30%	20%	36%	7%	20%	79%	29%	30 %
Consulta em Dermatologia	48%	29%	59%	37%	46%	31%	50%	44%	32%	31%	23%	22%	38 %
Consulta em Otorrinolaringologia	28%	44%	11%		53%	23%	29%	43%	13%	15%	21%	15%	27 %
Consulta em Urologia		67%	40%	50%			100%	50%	17%	20%	50%	38%	48 %
Consulta em Neurologia	25%		33%	50%	40%	50%	50%			33%	50%	50%	42 %
Consulta em Pneumologia	100%						100%	50%	22%	100%	50%		70 %
Consulta em Reumatologia			31%	25%	42%	47%		31%	17%		24%	8%	28 %
Consulta em Psiquiatria			100%	100%									100 %
Consulta em Nefrologia	25%	25%	13%	7%	17%	25%	44%	44%	56%		31%		29 %
Consulta em Gastroenterologia	33%	25%		17%	17%		33%	14%	50%	33%	50%	67%	34 %
Geral								36%	67%	18%	47%	50%	44 %
Outros	31%	23%	28%	44%	38%	32%	32%	27%	29%	33%	24%	41%	32%

MUNICÍPIO: MONTANHA

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia		50%			33%			100%		50%			58 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia	52%	20%	20%	42%	41%			40%	71%	20%	14%	22%	34 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia	50%	35%	60%	19%	40%	32%	30%	32%	13%	42%	33%	15%	33 %
Consulta em Ortopedia			18%	14%	67%	10%	15%	11%	18%	10%		25%	21 %
Consulta em Dermatologia	50%	33%		50%		44%	17%	35%	26%	24%	15%		33 %
Consulta em Otorrinolaringologia	60%	18%	17%	30%		25%	25%	17%	18%	17%	17%	31%	25 %
Consulta em Urologia	33%	17%	11%	50%	25%	67%		17%	50%			13%	31 %
Consulta em Neurologia	22%	75%	38%	16%	32%	21%	13%	20%	21%	26%	18%	8%	26 %
Consulta em Pneumologia			50%	50%									50 %
Consulta em Reumatologia		100%	25%	20%	45%	50%		11%		33%	10%	10%	34 %
Consulta em Psiquiatria	25%	100%		25%	25%		25%	25%	25%				36 %
Consulta em Nefrologia	13%		25%	25%		25%		20%	100%			17%	32 %
Consulta em Gastroenterologia	20%	25%	25%	19%	30%	33%	20%	38%	14%		29%	43%	27 %
Geral	13%		14%	29%				27%	33%	18%	10%	17%	20 %
Outros													0%

MUNICÍPIO: MUCURICI

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia					100%								100 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia	50%		57%	67%	20%		20%				50%	50%	45 %

Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia		100%	50%	67%	60%	40%				50%	63%	50%	60 %
Consulta em Ortopedia		25%	100%	43%	50%	25%	25%					50%	45 %
Consulta em Dermatologia								33%			25%		29 %
Consulta em Otorrinolaringologia	44%				50%		50%	25%				100%	54 %
Consulta em Urologia		50%	33%						33%	100%	50%		53 %
Consulta em Neurologia			100%		35%	100%	50%				100%		77 %
Consulta em Pneumologia													0 %
Consulta em Reumatologia				50%		100%		100%	100%		100%	35%	81 %
Consulta em Psiquiatria													0 %
Consulta em Nefrologia	75%		35%		50%	50%	100%		100%	35%	40%	50%	59 %
Consulta em Gastroenterologia		100%					25%	50%		100%		100%	75 %
Geral							67%		77%			30%	58 %
Outros		40%	33%	40%	33%	33%	71%	100%	67%			29%	50%

MUNICÍPIO: NOVA VENÉCIA

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia			20%	20%	50%	50%	75%				100%	50%	52 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia		25%	45%	45%	11%	40%	20%	30%	25%	57%	50%	50%	36 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia	30%	43%	27%	34%	14%	24%	31%	36%	48%	27%	21%	37%	31 %
Consulta em Ortopedia	57%	60%	57%	36%	38%	33%	35%	32%	15%	21%	32%	25%	37 %
Consulta em Dermatologia		40%		29%		50%		17%	33%	20%	30%	54%	34 %
Consulta em Otorrinolaringologia	47%	20%	42%	23%		43%	50%	67%	40%	17%	50%	33%	39 %
Consulta em Urologia	83%		31%	38%		20%	9%	54%	35%	25%	17%	44%	36 %
Consulta em Neurologia	100%	17%	50%	18%	13%	20%	43%	50%		56%	50%		42 %
Consulta em Pneumologia		50%	14%	100%		50%			25%	36%	20%		42 %
Consulta em Reumatologia			50%	22%	26%	44%		59%	22%	38%	11%	25%	33 %
Consulta em Psiquiatria		50%						50%					50 %
Consulta em Nefrologia					100%	25%			67%				64 %
Consulta em Gastroenterologia				33%		50%		50%	100%			100%	67 %
Geral		100%			33%		27%	100%		50%	14%		54 %
Outros	35%	57%	32%	37%	40%	35%	17%	33%	39%	33%	32%	27%	35%

MUNICÍPIO: PEDRO CANÁRIO

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia			100%	100%	100%								100 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia	92%	40%	33%	20%	43%	20%	33%	17%			50%		39 %

Consulta em Oftalmologia		67%	20%	75%	75%	11%	50%	14%	17%	20%	75%	75%	45 %
Consulta em Ortopedia		25%	43%	100%	50%	50%	33%	20%	50%	33%	71%	17%	45 %
Consulta em Dermatologia	30%	33%	47%	31%	33%	10%	31%	27%	56%	33%	42%	46%	35 %
Consulta em Otorrinolaringologia		71%	21%	18%	50%		40%	36%	23%	33%	75%	31%	40 %
Consulta em Urologia		22%	45%	17%	29%				38%	38%	38%	36%	33 %
Consulta em Neurologia		100%	100%										100 %
Consulta em Pneumologia			50%		100%				50%	100%	20%		64 %
Consulta em Reumatologia		100%	40%	25%	60%	17%	43%	50%	20%	50%	33%	83%	47 %
Consulta em Psiquiatria													0 %
Consulta em Nefrologia				5%			100%		100%	25%		25%	51 %
Consulta em Gastroenterologia		50%	35%				20%				50%		39 %
Geral		100%	67%	40%			67%	80%	44%	25%	100%	38%	62 %
Outros	33%	38%	25%	50%	20%	11%	37%	52%	50%	35%	36%	48%	36%

MUNICÍPIO: SÃO MATEUS

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
Consulta em Cardiologia	60%	89%	65%	75%	83%	50%	36%	57%	67%		13%	100%	63 %
Consulta em Cirurgia Vascular													0 %
Consulta em Endocrinologia	62%	33%	44%	73%	52%	60%	53%	33%	67%	33%	57%	73%	53 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia	55%	62%	36%	47%	70%	57%	56%	56%	38%	48%	48%	49%	52 %
Consulta em Ortopedia	53%	32%	57%	78%	67%	63%	42%	34%	44%	34%	59%	63%	52 %
Consulta em Dermatologia	60%			50%	40%		25%		53%	40%	55%	82%	51 %
Consulta em Otorrinolaringologia	44%	18%	46%	31%	15%	59%	73%	53%	26%	32%	50%	47%	41 %
Consulta em Urologia	60%	71%	43%	38%	56%	22%	55%	50%	18%	40%	30%	50%	44 %
Consulta em Neurologia	11%	15%	42%	60%	60%	43%	55%	27%	67%	67%	71%	33%	46 %
Consulta em Pneumologia	100%	25%	44%	100%	100%	50%	33%	70%	40%	63%	33%	75%	61 %
Consulta em Reumatologia	33%	28%	32%	45%	73%	54%	64%	62%		42%	61%	48%	49 %
Consulta em Psiquiatria		100%			100%				100%				100 %
Consulta em Nefrologia	47%	57%	67%	38%	40%	60%	38%	16%		40%	43%	50%	41 %
Consuta em Gastroenterologia	50%	50%	50%	29%	50%	36%	25%	25%	60%	40%	83%		45 %
Geral		33%	17%	40%	60%		50%	33%	67%	11%	50%	64%	42 %
Outros	66%	61%	38%	47%	50%	55%	40%	47%	42%	52%	62%	57%	51 %

MUNICÍPIO: VILA PAVÃO

[illegible]

Consulta em Endocrinologia		20%		33%	33%		100%					50%	47 %
Consulta em Ginecologia													0 %
Consulta em Oftalmologia		25%	29%	33%		14%	33%	33%			50%	14%	29 %
Consulta em Ortopedia			43%	14%	33%	56%		25%	29%		33%		33 %
Consulta em Dermatologia	33%	50%	56%	100%	50%	80%	20%	14%		50%	43%	17%	47 %
Consulta em Otorrinolaringologia	40%	100%				33%	25%		33%	14%			41 %
Consulta em Urologia	33%	67%			20%	33%		100%	25%				46 %
Consulta em Neurologia			50%	100%	25%					25%	100%		60 %
Consulta em Pneumologia			33%	100%	100%			100%	33%		67%		72 %
Consulta em Reumatologia			57%	33%		29%	20%	25%	33%	40%	20%	33%	32 %
Consulta em Psiquiatria	100%					67%	33%			100%	100%		80 %
Consulta em Nefrologia													
Consulta em Gastroenterologia			50%			100%	100%	50%		100%			80 %
Geral		80%	25%	67%	25%					50%	30%		46 %
Outros		33%	58%	50%	33%	40%	40%	33%	35%	20%	43%	50%	40%

Fonte: SIEGES (SISTEMA DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS PARA A GESTÃO) DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE ACESSO NO PERÍODO DE 30-10-2018 à 13-11-2018

Os dados que compõem as informações do SIEGES são extraídos do SISREG - Sistema de Regulação Estadual (Bases Metropolitana e Norte)