

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

AMANDA CRISTINA RAMOS DE OLIVEIRA
KAHUANY BARONI DA COSTA

ESTUDO DO ABSENTEÍSMO NO PROCESSO DE
CIRURGIA DE CATARATA EM UMA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DO
NORTE DE SANTA CATARINA EM 2018 E 2019

Joinville

2019

AMANDA CRISTINA RAMOS DE OLIVEIRA
KAHUANY BARONI DA COSTA

ESTUDO DO ABSENTEÍSMO NO PROCESSO DE
CIRURGIA DE CATARATA EM UMA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DO
NORTE DE SANTA CATARINA EM 2018 E 2019

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso Superior de
Tecnologia em Gestão Hospitalar do
Câmpus Joinville para a obtenção do
diploma de Tecnólogo em Gestão
Hospitalar

Orientador: Jorge Cunha, Msc.

Joinville
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelas autoras

Oliveira, Amanda Cristina Ramos de; Costa, Kahuany Baroni da.

O estudo do absenteísmo no processo de cirurgia de catarata em uma clínica oftalmológica do norte de Santa Catarina em 2018 e 2019 / Amanda Cristina Ramos de Oliveira; Kahuany Baroni da Costa; orientação de Jorge Cunha. Joinville, SC, 2019. 75p.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - Instituto Federal de Santa Catarina, Campus Joinville. Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Inclui Referências.

1. Absenteísmo. 2. Faturamento. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Cirurgia de Catarata. I. Cunha, Jorge. II. Instituto Federal de Santa Catarina. III. Título.

**ESTUDO DO ABSENTEÍSMO NO PROCESSO DE CIRURGIA DE CATARATA EM
UMA CLÍNICA OFTAMOLÓGICA DO NORTE DE SANTA CATARINA EM 2018 E
2019.**

**AMANDA CRISTINA RAMOS DE OLIVEIRA
KAHUANY BARONI DA COSTA**

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título em Tecnólogo em
Gestão Hospitalar e **APROVADO** em sua forma final pela comissão avaliadora
abaixo indicada.

Joinville, 19 de junho de 2019.

Jorge Cunha
Presidente

Caroline Orlandi Brinliger
Avaliadora

Marcelo Rodrigo Pezzi
Avaliador

Dedicamos esse trabalho a todos os profissionais que buscam melhorar e defender o Sistema Único de Saúde, trabalhando de forma incansável, dando o melhor de si e se esforçando para que os recursos possam ajudar o máximo de pessoas possíveis. A todos que trabalham de alguma forma na área da saúde, tanto na parte assistencial como na parte administrativa, que todos os dias se empenham em entregar o melhor atendimento aos pacientes. E a todos que se esforçam ao máximo para entregar um País melhor para a próxima geração.

AGRADECIMENTOS

Nosso agradecimento principal é para o Pai Celestial, porque foi Ele que nos deu força de vontade, ânimo e paciência em toda essa trajetória do curso, e principalmente nesta etapa final do TCC. Como somos gratas por Ele ter ouvido as nossas orações e tê-las respondido de uma forma genuína.

Eu, Amanda Cristina Ramos de Oliveira, sou grata a minha família que sempre me apoiou e me ajudou a ver o meu futuro brilhante pela frente, principalmente a minha mãe, que nunca desistiu de mim, que sempre vê o melhor de tudo, e por ter me convencido a fazer o vestibular do IFSC há 3 anos atrás. Agradeço a minha companheira e amiga de TCC, Kahuany Baroni, que além da minha dupla desde o primeiro trabalho do curso, é a minha amiga para a vida inteira. Obrigada por ter sempre apoiado a minha ideia de TCC, e nunca ter desistido do nosso trabalho.

Eu, Kahuany Baroni da Costa, agradeço aos meus pais e minha irmã por todo amor e incentivo durante todo curso e principalmente pelo apoio emocional. Também um agradecimento mais que especial à minha companheira de TCC e amiga da vida, Amanda Ramos, que sempre acreditou em nós e me escolheu para ser sua dupla nesta caminhada.

Outro agradecimento especial é para o nosso orientador, Professor Jorge Cunha, que acreditou em nosso projeto desde a primeira oportunidade, sempre buscando ajudar da melhor maneira possível, nos alertando, dando sugestões formidáveis e sempre ensinando com maestria e dedicação.

Somos gratas a todos os professores do curso de Gestão Hospitalar, que nos ensinaram conceitos tão importantes, tanto para a nossa vida profissional, como para a nossa vida pessoal, sempre de maneira ética e educativa.

“O fato é que não há alegria nem felicidade sem termos algo para superar”.

(Brian K. Ashton)

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem por objetivo analisar as perdas financeiras no faturamento de uma clínica privada, que presta serviço à Secretaria Municipal de Saúde do Norte de Santa Catarina, por meio do Sistema Único de Saúde, devido ao absenteísmo dos pacientes no processo de facoemulsificação (cirurgia de catarata). O trabalho concretiza-se como um estudo de caso, sendo a coleta de dados por meio de análise documental utilizando o sistema de gestão interno da clínica e tabelas de controle interno. Através do estudo e análise do ambiente pesquisado foi possível verificar que as faltas dos pacientes causam impacto no faturamento final da empresa, desde as faltas em uma primeira consulta que totalizam 7,72%, no pré-operatório 2,48% de faltas, a própria cirurgia de catarata que tem maior valor financeiro com 3,51% de absenteísmo, o pós-operatório apresenta 1,03% de faltas e a consulta de refração com percentual de faltas de 4,41%, gerando um acumulativo de perdas financeiras, que totalizou ao final dos treze meses analisados o valor de R\$ 156.558,34, totalizando 6,25%. Através dos dados obtidos foi possível sugerir melhorias como, por exemplo, organizar com antecedência a agenda do cirurgião com a agenda cirúrgica, para não haver confronto de compromissos, também centralizar o agendamento das cirurgias, deixando essa função somente com a clínica, tirando essa responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, entre outras sugestões. Isso tudo para que o absenteísmo diminua, e dessa forma, a clínica melhore a sua gestão, faturamento e os pacientes não percam seus procedimentos.

Palavras-Chave: Absenteísmo. Faturamento. Sistema Único de Saúde. Cirurgia de Catarata.

ABSTRACT

The present study analyzes the amount of financial losses in the billing of a private clinic, which provides services to the Municipal Health Department of Northern Santa Catarina, through the Unified Health System, due to patients' absenteeism in the phacoemulsification process (cataract surgery). The research is a case study, and the data was collected through documentary analysis using the internal management system of the clinic and internal control tables. Through the study and analysis of the researched environment it was possible to verify that the patients' absences have an impact on the company's final billing. The faults in a first appointment are 7.72%, in the preoperative period 2.48% of absences, in the cataract surgery, which has a higher financial value, 3.51% of absenteeism, and the postoperative presents 1.03% of absences and the refractive consultation presents a percentage of absences of 4.41%, thus, generates a cumulative financial losses, which totalized R\$ 156,558.34, in percent 6.25% at the end of the 13 months analyzed. Through the obtained data, it was possible to suggest improvements such as, for example, organizing the surgeon's agenda in advance with the surgical agenda, avoiding confrontation of appointments, also centralizing the scheduling of surgeries, leaving this function only with the clinic, taking this responsibility from the Municipal Health Department, among other suggestions. All this so that the absenteeism diminishes, and in this way, the clinic improves its management, billing and the patients do not lose their procedures.

Keywords: Absenteeism. Billing. Unified Health System. Cataract Surgery.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de Análise de Dados	31
Figura 2 - Fluxograma Simplificado do Processo de Cirurgia de Catarata	35
Figura 3 – Gráfico de Porcentagem de Faltas	43
Figura 4 – Percentual de Faltas Pré-Operatório	46
Figura 5 – Percentual de Faltas Facemulsificação	49
Figura 6 - Percentual de Faltas Pós-Operatório	52
Figura 7 - Percentual de Faltas Pós-Operatório (Refração).....	55
Figura 8 - Perdas Financeiras em 13 meses	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pacote Consulta	38
Tabela 2 - Pacote Pré-Operatório.....	39
Tabela 3 - Pacote Facioemulsificação	39
Tabela 4 - Pacote Pós-Operatório Catarata.....	40
Tabela 5 - Pacote Pós-Operatório Catarata (Refração).....	40
Tabela 6 - Pacientes Primeira Consulta Oftalmológica	41
Tabela 7 - Pacientes mês a mês Primeira Consulta.....	42
Tabela 8 - Pacientes Pré-Operatório de Catarata.....	44
Tabela 9 - Pacientes mês a mês Pré-Operatório	45
Tabela 10 - Pacientes Facioemulsificação	47
Tabela 11 - Pacientes mês a mês Facioemulsificação	48
Tabela 12 - Pacientes Pós-Operatório.....	50
Tabela 13 - Pacientes mês a mês Pós-Operatório	51
Tabela 14 - Pacientes Pós-Operatório (Refração).....	53
Tabela 15 - Pacientes mês a mês Pós-Operatório (Refração).....	54
Tabela 16 - Demonstração mensal	56
Tabela 17 - Perda Financeira Acumulativa Pré-Operatório.....	58
Tabela 18 – Perda Financeira Acumulativa Facioemulsificação	58
Tabela 19 – Perda Financeira Acumulativa Pós-Operatório	59
Tabela 20 – Perda Financeira Acumulada Total	59
Tabela 21 – Perda Financeira Total	60
Tabela 22 – Demonstração Final (Resumida).....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

IAPs - Instituto de Aposentadoria e Pensões

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

POP – Procedimento Operacional Padrão

SIA - Serviços Ambulatoriais

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SISREG – Sistema Nacional de Regulação

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Contextualização	13
1.2 Justificativa	15
1.3 Problema	16
1.4 Objetivo Geral	16
1.5 Objetivos Específicos	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 Absenteísmo	17
2.2 Sistema Único de Saúde	18
2.2.1 Assistência Complementar do setor privado	19
2.3 Estabelecimentos de Saúde	20
2.3.1 Clínicas	21
2.3.1.1 Clínicas Oftalmológicas	22
2.4 Faturamento	23
2.4.1 Faturamento Hospitalar	23
2.4.1.1 Faturamento SUS	25
2.4.1.1.1 SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS	26
2.4.1.1.1.1 Pacotes de Procedimentos	27
3 METODOLOGIA	29
3.1 Tipo de Pesquisa	29
3.2 Procedimentos de coletas de dados	30
3.3 Análise dos dados	30
3.4 Ética na Pesquisa	31
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
4.1 O Ambiente de Pesquisa	33
4.2 Procedimentos e Consultas	35
4.3 Pacotes de Procedimento	37

4.4.1	Análise do Absenteísmo dos Pacientes de Primeira Consulta Oftalmológica	41
4.4.2	Análise do Absenteísmo dos Pacientes de Pré-Operatório	44
4.4.3	Análise do Absenteísmo dos Pacientes de Facoemulsificação	46
4.4.4	Análise do Absenteísmo dos Pacientes de Pós-Operatório	49
4.4.5	Análise do Absenteísmo dos Pacientes de Pós-Operatório (Refração)	52
4.4.6	Análise da Perda Financeira do Absenteísmo dos 13 meses	55
4.4.7	Perda Financeira Acumulada (Simulação)	57
4.4.8	Resultado Final	59
4.5	Melhorias	60
5	CONCLUSÃO	64
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICE A – Modelo de Coleta de Dados Consulta	73
	APÊNDICE B – Total das Perdas pelo Absenteísmo nas Consultas	74
	ANEXO A – Autorização da Empresa	75

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

O Sistema Único de Saúde (SUS), idealizado em 1988 a partir da Constituição Federal, pode ser considerado uma conquista brasileira. Antes disso só podiam ter acesso aos serviços de saúde àqueles que tivessem carteira de trabalho assinada e que estivessem em dia com a previdência social.

A saúde passou a ser considerada pela Constituição da República em 1988, como um direito social, isto é, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo, conforme o art. 196º, a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Com a implementação do SUS, para que se tornasse um sistema completo e estruturado, houve a necessidade de definirem-se princípios e diretrizes, que foram divididos em Princípios Doutrinários e Organizacionais.

Os princípios e diretrizes do SUS constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e o formato democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização (MATTA *et al.*, 2007, p.61).

Além dos princípios doutrinários: universalização, equidade e integralidade, há também os princípios organizacionais, que são: regionalização, resolubilidade, descentralização e assistência complementar particular.

Apesar de todos os recursos investidos no SUS, o financiamento e estrutura não é o suficiente para comportar a quantidade de usuários que necessitam de procedimentos específicos. Dessa forma, para que os usuários não fiquem sem atendimento, é possível que sejam realizadas compras desses serviços em instituições privadas.

A assistência complementar particular é regulamentada pela Portaria Nº 1.034, de 5 de maio de 2010 do Ministério da Saúde, onde determina que se caso o Estado não consiga ofertar a assistência necessária à população, pode recorrer de maneira complementar aos serviços prestados pela iniciativa privada. Essa participação complementar é firmada mediante contrato ou convênio, acordado entre o ente público e a instituição privada, conforme o Art. 3º da Portaria (BRASIL, 2010).

Com a parceria feita com o SUS, as organizações privadas começaram a enfrentar de forma constante um problema que já é comum e frequente em serviços públicos: o absenteísmo por parte dos usuários, em consultas e procedimentos agendados.

“O índice de não comparecimentos de usuários às consultas e exames agendados no Sistema Único de Saúde é significativamente alto, de forma geral próximo ou superior a 25%” (OLESKOVICZ *et al.* 2014, p. 02).

Na área da saúde as faltas dos usuários em agendamentos e consultas causam um grande impacto, tanto financeiro quanto de produtividade. O impacto de produtividade ocorre quando os profissionais, equipamentos e salas de consultas ficam disponíveis para o atendimento, porém o procedimento não ocorre. Através disso é gerado o impacto financeiro, pois são disponibilizados recursos que não são usados, com desta forma aumentam os custos por conta da ociosidade.

Em Santa Catarina, de acordo com a reportagem de Weiss (2017), dos 358.776 exames e consultas que foram agendados no Sistema de Regulação Nacional (SISREG), 119.249 não foram confirmados no sistema. Isto mostra que houve uma perda de 33% nas consultas ou exames. É uma porcentagem significativa, pois demonstra um prejuízo de $\frac{1}{3}$ dos investimentos em saúde especializada, sendo estimado um prejuízo de dois milhões de reais.

Outra preocupação é que no *ranking* dos 10 procedimentos com o maior índice de faltas, três são relacionadas à oftalmologia, sendo que a Consulta Oftalmologia – Adulto é a primeira do *ranking*, com 83,49% de faltas. A segunda também está relacionada, Consulta Oftalmologia - catarata, com índice de 77,27% de faltas (WEISS, 2017).

A preocupação é ainda maior, pois segundo o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (2016), no Brasil existem mais de 1,2 milhões de cegos e a Organização Mundial de Saúde estima que 60% a 80% dos casos de cegueira podem ser evitáveis e/ou tratáveis.

Tratando-se de saúde pública é necessário que haja uma discussão sobre o absenteísmo, para ressaltar que o SUS disponibiliza serviços especializados através da assistência complementar particular. Quando ocorrem as ausências dos usuários agendados nos procedimentos, isto é, quando não comunicam a sua falta, existe a perda de recursos públicos destinados a essa finalidade e também

a diminuição do faturamento da clínica, além de desperdícios de recursos humanos.

1.2 Justificativa

De acordo com o *World Health Organization* (2017), 253 milhões de pessoas no mundo são cegas ou possui algum déficit visual moderado ou grave. O número de cegos aumentou entre os anos de 1990 a 2015, de 30,6 milhões para 36 milhões, devido a três fatores: crescimento populacional, envelhecimento da população e mudança na prevalência específica por idade. Pessoas com deficiência visual grave ou média tiveram aumento análogo, entre 1990 a 2015, de 159,9 milhões para 216,6 milhões, e com os fatores semelhantes (BOURNE *et al.*, 2017). Através desses dados pode-se ver o quão importante às consultas oftalmológicas são, sendo que através delas é possível evitar danos futuros e/ou tratar os existentes.

Dados recentes da Secretaria Municipal de Joinville (2018) mostram que no primeiro quadrimestre de 2018, foram agendadas 61.320 consultas especializadas, porém 7.131 não compareceram, correspondendo a 12% de faltas no período. Em relação aos exames regulados foram agendados 23.932, contudo, 2.052 usuários faltaram, totalizando 9% de faltas no período.

Por meio destes dados, é fundamental verificar a tabela do SUS de procedimentos oftalmológicos e seus respectivos valores. Para que compense financeiramente realizar os atendimentos, é necessário atender toda a demanda estabelecida. A Portaria Nº 3.037 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) atualizou os preços dos principais procedimentos oftalmológicos.

Diante desta situação, vê-se a importância de conhecer as estatísticas atuais do país e do município. Apesar dos dados de absenteísmo serem altos, ainda é pouco discutido, no entanto a Secretaria Municipal de Saúde de Joinville instituiu a Portaria Nº 122/2016 para a gestão de filas do município, conforme Art. 17º “os usuários que faltarem injustificadamente às consultas ou procedimentos agendados não farão jus à reinserção [...] e retornarão para a Unidade Básica de Saúde de sua referência” (JOINVILLE, p.9, 2016).

Dessa forma, este trabalho de conclusão de curso trouxe grandes contribuições para a instituição pesquisada, pois através dos dados levantados

pôde-se mostrar a importância dos procedimentos oftalmológicos, o preço atribuído a cada um e como o absenteísmo dos usuários desse serviço impacta diretamente no faturamento da clínica.

1.3 Problema

Em que medida o absenteísmo dos usuários dos SUS no processo de cirurgia de catarata provocam impactos financeiros no faturamento de uma clínica oftalmológica do norte de Santa Catarina, no período de março de 2018 a março de 2019?

1.4 Objetivo Geral

Avaliar qual é o impacto financeiro provocado pelo absenteísmo dos usuários agendados pela Secretaria Municipal de Saúde, para o processo de cirurgia de catarata, de março de 2018 até março 2019.

1.5 Objetivos Específicos

- Mapear previsão de demanda de consultas e cirurgias de catarata no período de março de 2018 a março de 2019;
- Verificar se toda a demanda prevista foi executada;
- Avaliar o impacto financeiro no faturamento relacionado com o absenteísmo dos usuários nesse processo de cirurgia de catarata;
- Sugerir possibilidades de diminuição do absenteísmo dos usuários.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Absenteísmo

“Absenteísmo é uma palavra com origem no latim, onde *absens* significa ‘estar fora, afastado ou ausente’. O absenteísmo consiste no ato de se abster de alguma atividade ou função” (PALMA, 2013, p.1).

Dentre uma das mais graves e usuais consequências do absenteísmo para as organizações, ressalta-se a queda da produtividade e, conseqüentemente, a queda dos lucros, o que gera uma seqüela para a organização atingida (SOARES; SILVA, 2002).

Para Bittar *et al.* (2016, p. 19), “[o] absenteísmo ambulatorial é o não comparecimento do paciente a um procedimento previamente agendado em unidade de saúde, sem nenhuma notificação”. Isto é, o usuário é avisado da sua consulta e confirma o seu comparecimento na data e horário fornecidos pelo funcionário responsável pelos agendamentos, porém não se apresenta no local indicado que foi combinado, e também não realiza nenhuma tentativa de informar o porquê da sua ausência.

“A ausência do usuário agendado no serviço traduz-se por perda de recursos públicos. Contudo, os prejuízos na continuidade da assistência e na resolubilidade das demandas de saúde são também impactantes” (BENDER, 2010 apud GONÇALVES *et al.*, 2014, p. 450). Além disso, ressalta-se, como consequências dessas faltas, o aumento na fila de espera e das demandas por urgência (GONÇALVES *et al.*, 2014).

De acordo com Bittar *et al.* (2016, p. 20) “no âmbito da saúde pública, a discussão sobre absenteísmo deve ser enfatizada, já que traz de maneira direta, desperdícios de recursos, estruturais e financeiros, à disposição do cidadão, além do custo social”.

Para a empresa de sistemas de gestão de saúde MV (2015), a falta dos usuários implica diretamente na marcação de consultas, faz com que se prejudique também no tempo de espera e nas filas do SUS, aumenta os gastos financeiros, interfere a eficiência do serviço oferecido, ou seja, acaba prejudicando os usuários do SUS como um todo.

2.2 Sistema Único de Saúde

Carvalho (2013), afirma que a história dos cuidados com a saúde do brasileiro passa, necessariamente, pela filantropia. Mais ainda pelo cunho filantrópico religioso, a caridade. A partir de 1923, com a Lei Elói Chaves, a saúde dos trabalhadores atrelada à previdência passa a ser componente de um sistema para os trabalhadores. De início, as caixas de pensão, depois, os institutos e, finalmente, o grande instituto congregador de todos: o INPS, Instituto Nacional da Previdência Social, que foi criado como uma aliança de todos os IAPs - Instituto de Aposentadoria e Pensões - mais tarde o INPS foi substituído pelo INSS - Instituto Nacional do Seguro Social (CARVALHO, 2013).

O marco histórico da luta por uma saúde pública foi conforme Bossert *et al.* (2000), a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade e na qual houve um consenso de que era necessária uma mudança em toda a estrutura jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988.

O relatório final da conferência colocou três grandes referenciais para a reforma sanitária brasileira: um conceito amplo de saúde; a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; e a instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação da comunidade (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE, 2003). Foi então na Constituição Federal de 1988, que foi criado o SUS.

Em virtude da Constituição Federal de 1988, Souza (2002) aborda que a Lei 8.080 instituiu o SUS, com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. De acordo com a Constituição de 1988, toda a população brasileira e estrangeira residente no Brasil possui o direito à saúde, e o Estado tem a obrigação de garantir esse direito (BRASIL, 1988).

Para que todos tivessem esse direito garantido, na Constituição de 1988, além de definir a saúde como direito de todos e dever do Estado, também foi declarado no art.199, que a iniciativa privada possui liberdade para prestar

assistência à saúde, de forma complementar no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

Paim (2009) afirma que a Constituição também determina que as ações e serviços públicos que compõem o SUS sejam complementados mediante contrato com serviços privados, que nesses casos deveriam funcionar como se públicos fossem.

O SUS foi construído após muita luta e muita discussão entre a população e governantes, buscando atender diferentes contextos e diferentes necessidades, principalmente após o Brasil ter passado por uma ditadura militar. Assim como afirmam Duarte, Eble e Garcia (2018, p. 01), “o SUS é patrimônio nacional, uma política que garante o acesso de toda população às ações e serviços de saúde”.

2.2.1 Assistência Complementar do setor privado

A assistência complementar do setor privado é um dos princípios organizativos do SUS mais importante, pois quando a União, Estado e Município não conseguem dar o suporte necessário para a população, realizam-se parcerias com organizações privadas para suprir a demanda, tornando assim, o serviço público-privado (BRASIL, 1988). O art. 199º da Constituição de 1988 regulamenta esse princípio no parágrafo primeiro, referindo que o setor privado pode prestar serviços ao Sistema Único de Saúde por meio de convênios ou contratos (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, no art. 24º, reforça a ideia:

Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada (BRASIL, 1990, p.1).

Para salientar o entendimento, de acordo com o Conselho Regional de Psicologia do estado de São Paulo (2014), a assistência complementar em saúde, mesmo que seja prestada pelo setor privado, é considerado serviço público, em razão de uma relação jurídica, concretizada por contratos ou convênios firmados entre as instituições privadas e a União, Estados ou Municípios.

No art. 26º da Lei nº 8.080, parágrafo primeiro refere sobre os critérios, valores, formas de reajuste e pagamento dos serviços, que devem se basear em valores econômico-financeiros que assegurem um serviço prestado de qualidade.

Já o parágrafo segundo menciona que as instituições que firmarem convênio ou contrato, devem se subordinar às normas técnicas e administrativas e também aos princípios e diretrizes do SUS, como equidade, integralidade e resolubilidade, garantindo assim o mesmo serviço prestado em todos os estabelecimentos que prestam serviços públicos. E o parágrafo quarto relata que nenhum cargo de chefia ou função de confiança no SUS pode ser composto pelos proprietários, administradores ou dirigentes do estabelecimento de saúde contratado para prestar serviços de caráter complementar (BRASIL, 1990).

O Estado utiliza-se da iniciativa privada para aumentar e complementar a sua atuação em benefício da saúde da população. Ao firmar convênios e contratos com diversas pessoas jurídicas de direito privado que realizam ações e serviços de saúde o Estado Brasileiro as insere no âmbito das ações e serviços públicos de saúde, igualando-as àquelas prestadas diretamente por seus órgãos e entidades. Por firmarem contratos ou convênios com o Sistema Único de Saúde, integram esse Sistema e submetem-se a todas as suas diretrizes, princípios e objetivos, notadamente a gratuidade, integralidade e universalidade. Trata-se das instituições jurídicas voltadas às ações e serviços de saúde complementares ao SUS. Assim, os hospitais, as clínicas, os laboratórios, as organizações não governamentais, as organizações sociais de interesse público, enfim, todo o conjunto de pessoas jurídicas de direito privado que tiver firmado contrato ou convênio com os órgãos e entidades que compõem o SUS serão consideradas, para todos os fins, instituições-organismos do SUS (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO, 2014, p.1).

Pode-se observar então, que o Sistema Único de Saúde é estruturado de forma mista, isto é, há prestação de serviços por meio do sistema público universal e sistema privado (CANUT, 2012).

2.3 Estabelecimentos de Saúde

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 1994), pode-se definir Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - EAS, como uma denominação dada a qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde à população, que demande o acesso de pacientes, em regime de internação ou não, qualquer

que seja o seu nível de complexidade. Ou também como descreve o código sanitário do Paraná, art. 413^o:

Consideram-se estabelecimentos de assistência à saúde ou estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, empresas e/ou instituições públicas ou privadas, que tenham por finalidade a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo ou prevenção da doença, tais como: hospitais, clínicas e consultórios de qualquer natureza, ambulatórios, laboratórios, bancos de sangue, de órgãos, de leite e congêneres, acupuntura, veículos para transporte e pronto atendimento de pacientes e postos de saúde, dentre outros (SECRETARIA DA SAÚDE DO PARANÁ, 2018, p.1).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), há diversos estabelecimentos de saúde que prestam assistência ao paciente, conforme a necessidade de atendimento de cada um. São alguns deles:

- Unidade Básica de Saúde: ambiente destinado à população, onde os atendimentos podem ser agendados ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer serviço odontológico e de outros profissionais de nível superior;
- Policlínica: unidade para prestação de serviços com profissionais de diversas especialidades;
- Hospital Geral: local destinado à prestação de atendimento básico e especialidades. Dispõe de serviço de urgência e emergência;
- Hospital Especializado: presta serviço em uma única especialidade. Possui urgência e emergência. Geralmente de referência regional, macrorregional ou estadual.

Os estabelecimentos de saúde são essenciais para auxiliar, manter e promover a saúde da população, sendo um local de referência para várias especialidades e satisfazendo as necessidades prioritárias.

2.3.1 Clínicas

De acordo com Barbier (1985 apud COSTA; BRANDÃO, 2005, p.34) a origem da palavra clínica provém do grego, *kliné*, que significa "procedimento de observação direta e minuciosa".

O sentido etimológico da palavra clínica se refere à observação direta, junto ao leito do paciente. “Essa compreensão têm direcionado a uma abordagem

clínica nas ciências humanas, na qual o foco é a mudança, prevenção ou melhoria de uma determinada situação” (SÉVIGNY, 2001 apud COSTA; BRANDÃO, 2005, p.34).

Segundo Sá (2017), clínica possui uma estrutura grande e bem equipada. Mas isso não significa que não há atendimento de pacientes nesses ambientes. A clínica consiste em uma multiplicidade de finalidades, ela oferece outros procedimentos comuns da área médica, como exames, por exemplo. A sua estruturação está alheia à relação de médico e paciente.

2.3.1.1 Clínicas Oftalmológicas

Há diversos motivos que levam os indivíduos a procurarem serviços oftalmológicos, pode ser devido a problemas biológicos, psíquicos, físicos e até mesmo sociais. Sabe-se que cerca de 80% dos casos de cegueira e distúrbios oculares poderiam ser evitados se os serviços oftalmológicos fossem procurados com antecedência (VARGAS; RODRIGUES, 2010).

Para o Ministério da Saúde (2018), oftalmologia é uma especialidade dentro da área da medicina dedicada ao estudo e tratamento de doenças ou falta de nitidez apresentada pelo olho.

A civilização egípcia foi a primeira a estudar os olhos humanos, mas foram os gregos que instituíram a Oftalmologia clínica. Hipócrates, o pai da Medicina, dedicava-se com entusiasmo ao estudo minucioso das doenças oculares e, nesta época, surgiram os registros iniciais da anatomia dos olhos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CATARATA REFRACTIVA, 2007, p.01).

“A especialidade de Oftalmologia - do grego *ophtalmós* (olho) e *logos* (estudos) - é responsável pelo estudo e tratamento de doenças que se relacionam com os olhos, à visão, e seus anexos” (SILVA, 2015, p. 163).

Segundo Balduino (2014) a saúde ocular e a oftalmologia baseiam-se na promoção da saúde dos olhos e na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças oculares. Para detectar problemas de visão são realizados procedimentos oftalmológicos em consultório como, por exemplo, a avaliação da acuidade visual e da motricidade ocular extrínseca, a biomicroscopia e tonometria

de aplanção, a avaliação do fundo de olho e refração entre outros exames (BALDUINO, 2014).

2.4 Faturamento

O faturamento é um dos setores principais da empresa, pois busca somar todas as prestações de serviços ou vendas de produto. Refere que é o ato de emitir faturas, sendo que o termo *fatura* vem do latim, indicando que é um documento ou uma ferramenta de contrato de compra e venda (LIMA, 2010).

“Faturamento é a cobrança do serviço prestado, através de documento devidamente reconhecido, preenchido e assinado pelo comprador (usuário do serviço) e o vendedor (prestador do serviço)” (LIMA, 2010, p.111). De forma mais simples, pode-se definir como a soma de todos os valores arrecadados pela empresa na venda de produtos ou prestação de serviços, sendo por pagamento a vista ou pagamento de cartão de crédito (ROCHA, 2018).

Há duas formas de verificar o faturamento, por meio do faturamento bruto e faturamento líquido. O faturamento líquido são todas as vendas ou serviços prestados, multiplicado pelo valor do produto ou serviço oferecido pela empresa. Já o faturamento líquido consiste em realizar o mesmo cálculo do faturamento bruto, diminuindo os impostos que incidem sobre as vendas ou serviços prestados (ALVES, 2014).

2.4.1 Faturamento Hospitalar

O faturamento hospitalar é uma das peças chaves do hospital público ou privado, e tem como compromisso a criação das faturas, tanto pelos convênios como também pela Secretária de Saúde, além de realizar os repasses de pagamento, e também o controle e correção das glosas.

No Setor de Faturamento, a captura de dados para cobrança é feita diretamente do prontuário do paciente, essa é uma das formas mais antigas usada pelos hospitais e clínicas médicas que se apresenta de forma adequada dependendo de seu volume e porte do hospital. (...) O processo tem início quando o paciente é recepcionado no hospital originando diversos procedimentos de atendimento às suas necessidades de saúde, sendo minuciosamente documentado no Prontuário oriundo de procedimentos realizados (MAURIZ *et al.*, 2012, p.40).

Segundo Balzan (2000) faturar é o apontamento de todas as despesas financeiras dos serviços prestados ao paciente, especificando as despesas e seus valores monetários conforme o que foi acordado previamente em tabelas, gerando uma conta para o fechamento.

O prontuário médico é de extrema importância para o faturamento hospitalar, e pode-se definir como:

O documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, nº 1.638/art. 1º, 2002).

De acordo com Lima (2010), existem vários objetivos do faturamento hospitalar, que são: ter um sistema de informação que tenha todos os dados necessários para realizar o faturamento; realizar a emissão de faturas de cobrança; realizar o controle das faturas emitidas, por meio de relatórios; verificar os relatórios das faturas recebidas; averiguar as glosas e reconhecer as causas; realizar a correção das glosas e procurar documentos necessários para comprovação; preparar os recursos das glosas; e ter todos os documentos comprobatórios dos serviços prestados dos últimos cinco anos.

No processo de faturamento é de extrema importância as informações geradas, pois além do envio das contas e averiguação da remuneração, produz dados importantes para sondar o nível de produção do hospital ou clínica, e verificar a produtividade em cada setor (SALU, 2018).

Salu (2018) afirma que o faturamento é um processo, e por isso, é necessário averiguar que se ocorra de forma correta para o seu funcionamento e também para que alcance os resultados desejados. Uma das dificuldades do setor do faturamento hospitalar é não constatar um atendimento, e com isso, não

gerando uma conta para o paciente. A dificuldade aumenta quando se envolve administração pública, mesmo quando o sistema é informatizado.

Ao analisar o faturamento hospitalar verifica-se a importância de ter todos os dados e procedimentos realizados no prontuário, para que assim sejam compreensíveis aos faturistas, que analisam as informações e realizam as cobranças necessárias.

Após análise dessas informações, conclui-se que o faturamento tem como objetivo principal efetuar a somatória das faturas geradas, ficando de responsabilidade aos profissionais de cuidado, como médicos, enfermeiros etc., realizar o preenchimento correto dos dados do prontuário, para que na ocasião que haja o faturamento possa ser realizada a fatura integralmente (SILVA *et al.*, 2013).

2.4.1.1 Faturamento SUS

“O SUS é um sistema público financiado com recursos arrecadados por meio dos impostos e contribuições” (CINTRA *et al.* 2013, p.2).

A Emenda Constitucional, nº 29 de 2000, assegura a efetiva coparticipação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2003).

Conforme Raifur *et al.* (2015) o valor repassado aos prestadores de serviços de saúde é feito pelo nível de governo responsável pela sua gestão. Porém, independentemente do nível de governo que execute o pagamento, o SUS utiliza um mesmo sistema de informações para os Serviços Ambulatoriais (SIA) e outro para o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Mesmo que o pagamento do serviço prestado seja descentralizado, o processamento das informações é centralizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde. Assim sendo, todo o sistema público utiliza uma única tabela de preços, definida pelo Ministério da Saúde, para pagamento aos prestadores de serviços de saúde (RAIFUR *et al.*, 2015).

Tratando-se de faturamento SUS, para procedimentos de alta complexidade, é necessário que seja feita pelos prestadores de serviço, uma APAC, isto é, Autorização de Procedimento de Alta Complexidade. Através dessa

APAC emitida é possível realizar autorização do procedimento, cobrança, pagamento e gerenciamento dos atendimentos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR, 2019).

Para acrescentar, França e Giustina (2016) afirmam que para as entidades conseguirem manter-se financeiramente, precisam das receitas dos procedimentos e serviços realizados por meio de convênios e particulares. Porém, necessitam também do valor repassado pelo SUS, que representam uma soma importante para as instituições.

“O custeio da Oftalmologia pelo SUS representa o terceiro maior orçamento por especialidade, ficando atrás somente da cardiologia e oncologia (ÁVILA; ALVES; NISHI, 2015, p.47)”. E para que se tenha uma padronização desses valores investidos em especialidades, foi criado, pelo Ministério da Saúde, um sistema de tabelas de procedimentos onde todos podem ter acesso aos valores que são repassados aos prestadores de serviço.

2.4.1.1.1 SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Historicamente, na área da saúde foram implantados dois sistemas de informações: SIA/SUS e SIH/SUS, esses sistemas possuem tabelas de procedimentos próprias e distintas, o que ocasionou a multiplicidade de procedimentos para o registro de uma mesma ação ou serviço de saúde, o que tornava o trabalho dos gestores uma tarefa difícil. Foi então que se percebeu a necessidade da unificação dos sistemas de informação, padronizando o registro das informações (GUIMARÃES *et al.* 2015).

Ainda segundo os mesmos autores, o processo de unificação das tabelas de procedimentos do SUS teve, como objetivo principal, a integração das bases de dados ambulatorial e hospitalar, a fim de tornar a tabela de procedimentos em um eficiente instrumento de gestão para as ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde (GUIMARÃES *et al.* 2015).

Como resultado da unificação das Tabelas SIA/SUS e SIH/SUS, foi criada e instituída a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS em fevereiro de 2007, por meio da publicação da Portaria GM/MS nº 321, de 8 de fevereiro de 2007. A implementação oficial, por sua vez, ocorreu em janeiro de 2008, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.848, de 06 novembro de 2007 (GUIMARÃES *et al.* 2015, p. 97).

A complexidade que envolve o processo de unificação das tabelas do SIA/SUS e do SIH/SUS exigiu o desenvolvimento de um sistema próprio para sua efetivação e qualificação como depósito de ações e serviços de saúde no SUS. Deste modo, o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS, conhecido como SIGTAP que possui o objetivo de fazer o gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS, proporcionando uma série histórica de inclusões, alterações e exclusões de procedimentos (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

São aproximadamente 1.500 procedimentos registrados que possuem descrição individual e valor de repasse aos estabelecimentos de saúde, cada procedimento prestado possui um valor predeterminado, porém não são reajustados há algum tempo, o que acaba deixando a tabela defasada (FRANÇA; GIUSTINA, 2015).

Os valores são pagos aos prestadores de saúde através dos registros de produção, tendo como base os valores estabelecidos na tabela SIGTAP. Salu (2018) define a tabela SIGTAP como um sistema que contempla ações assistenciais e administrativas. Pois serve tanto para remunerar os serviços assistenciais, como serviços administrativos. Além de remunerar pelos serviços prestados, serve também para avaliar a produção e produtividade dos serviços de saúde.

2.4.1.1.1.1 Pacotes de Procedimentos

Salu (2018, p. 76) define pacotes de procedimentos como “estabelecimento de preços pré-fixados para determinados serviços, são lançamentos simples e de fácil identificação”.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2019), pacotes de procedimentos são um grupo de serviços de uma determinada categoria, cada um

com seu valor, que somando cada preço, resultam no valor total, formando assim pacotes de procedimentos.

Para Marques (2015), os pacotes devem ser muito bem analisados para que todas as partes envolvidas sejam beneficiadas, deve-se colocar em um pacote o que realmente é necessário para realização de um procedimento, para então chegar a um valor que seja viável para ambas as partes, tanto o contratante quanto para o prestador do serviço.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

O presente trabalho de conclusão de curso é de natureza aplicada, porque procura analisar a situação das faltas geradas pelos usuários agendados na clínica oftalmológica, também examinando as perdas financeiras relacionadas a essas faltas, bem como, buscar soluções práticas para diminuir as ausências dos pacientes. Visto que Gil (2010) refere que a natureza aplicada busca adquirir conhecimento em uma situação singular. Além disso, “objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos. Envolve verdades e interesses locais” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 35).

O trabalho de conclusão de curso, que utilizou as abordagens quali-quantitativo, buscou analisar os dados coletados que foram transformados em tabelas e gráficos para melhor compreensão, e após essa etapa as informações obtidas foram estudadas, comparando-as entre a demanda prevista e demanda realizada, e assim pôde-se ter conhecimento do prejuízo financeiro devido à falta dos usuários.

Segundo Rampazzo (2005, p.58), a pesquisa quantitativa “se inicia com o estudo de certo número de casos individuais, quantifica fatores segundo um estudo típico, servindo-se frequentemente de dados estatísticos, e generaliza o que foi encontrado em casos particulares”. Ainda segundo o autor, a pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda, a atenção é centralizada no específico, no individual, buscando sempre o entendimento e não a explicação dos fenômenos estudados (RAMPAZZO, 2005). Juntas, a pesquisa qualitativa e quantitativa permite uma melhor compreensão dos dados levantados, conforme Fonseca (2002, p. 20) “[...] a utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente”.

O procedimento adotado na pesquisa foi estudo de caso, pois foi estudada especificamente uma clínica oftalmológica com atendimento SUS, que sofreu consequências devido às faltas desses usuários. E, além disso, por se tratar de um estudo de caso, a pesquisa é classificada como exploratória, porque buscou

informações sobre o assunto do tema de pesquisa, possibilitando uma maior investigação e coleta de dados. O principal objetivo da pesquisa exploratória é ajudar a compreender o problema enfrentado pelo pesquisador. A amostra, selecionada para gerar o máximo de discernimento, é pequena e não-representativa e a análise dos dados é qualitativa (MALHOTRA, 2011).

O estudo de caso “refere-se a um indivíduo, um grupo, uma organização, um fenômeno etc.” (GIL, 2010, p.118). O intuito do estudo de caso, não é necessariamente assegurar a compreensão das particularidades de uma população, mas o de fornecer uma visão sistêmica dos questionamentos ou verificar as causas que influenciam ou são influenciados por ele (GIL, 2010, p.38).

3.2 Procedimentos de coletas de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de análise documental, utilizando o sistema de gestão interno da clínica e também de tabelas de controle interno, onde foram coletados os dados inseridos dos procedimentos previstos e dos realizados efetivamente. Os serviços analisados pela pesquisa são: a primeira consulta, que pode levar a uma cirurgia de catarata, o pré-cirúrgico, a própria cirurgia, o pós-cirúrgico e por fim uma consulta de refração, onde é verificado se o usuário tem a necessidade de usar óculos após a remoção da catarata.

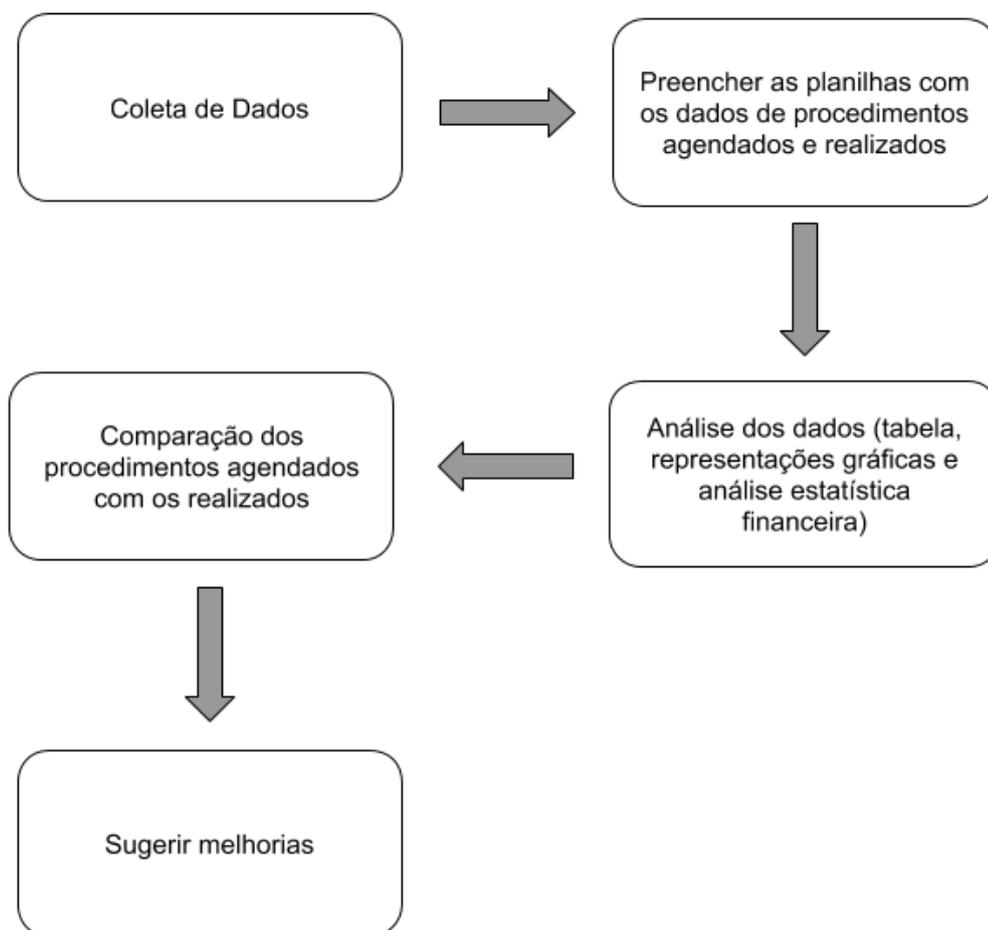
Após coletado os dados necessários para pesquisa, os mesmos foram arquivados em programas de planilha para melhor entendimento e organização das informações fornecidas. Nos apêndices estão inseridos os modelos de planilhas utilizadas para a coleta e análise de dados.

A pesquisa teve como período de coleta de dados de março de 2019 a maio de 2019.

3.3 Análise dos dados

Em seguida foi realizada a análise de dados por meio de tabela, representações gráficas e análise estatística financeira, comparando a demanda prevista, com o que realmente foi executado.

Figura 1 - Fluxograma de Análise de Dados



Fonte: As autoras (2018).

3.4 Ética na Pesquisa

Em relação ao Conselho de Ética, de acordo com a Resolução n. 466/12 do Ministério da Saúde (2012) é considerado uma pesquisa que envolva seres humanos quando, individual ou coletivamente, haja a colaboração do indivíduo, e que implique a sua participação direta ou indireta, sendo por meio de seus dados, informações ou materiais biológicos. Considerando a afirmação da Resolução de 2012, compreende-se que o trabalho de conclusão de curso apresentado não tem necessidade de ter aprovação do Conselho de Ética, pois o mesmo não realizou pesquisas com os indivíduos direta ou indiretamente, nem fazer uso dos seus dados, informações ou materiais biológicos.

A autorização da utilização dos dados da empresa pesquisada está assinada pelas alunas, orientador do TCC e a responsável da empresa, sendo o ANEXO A – Autorização da empresa.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 O Ambiente de Pesquisa

Conforme informações obtidas no *site* da Clínica Oftalmológica estudada no presente trabalho de conclusão de curso, a matriz está localizada na cidade de Ribeirão Preto/SP e detém filiais em Guaíra/SP, Varginha/MG, Jaraguá do Sul/SC e Joinville/SC.

A unidade de Joinville que - anteriormente fazia parte de um grupo de clínicas oftalmológicas - começou suas atividades individualmente em janeiro de 2018 e atualmente conta com dez funcionários, sendo um administrador, quatro auxiliares administrativos, duas técnicas em enfermagem, uma enfermeira e um médico, porém em períodos sazonais há dois médicos realizando atendimento.

Apesar de atender planos de saúde, o foco é o atendimento em saúde pública, oferecendo serviço para o público do SUS, dessa forma, prestando serviço à Secretaria Municipal de Saúde.

Os serviços prestados pela clínica de Joinville não se restringem somente a consultas e exames, mas também são realizadas cirurgias, como por exemplo, facoemulsificação com implante de lente intraocular, ou seja, cirurgia de catarata, que consiste na retirada do núcleo cristalino, onde está à catarata, após esse processo, é colocada a lente intraocular artificial, em substituição ao cristalino.

A cirurgia de catarata é o foco principal da clínica, sendo que em contrato com a SMS realiza mutirões com o objetivo de zerar a fila do SUS, para essa especialidade.

Alguns dos procedimentos realizados pela clínica são:

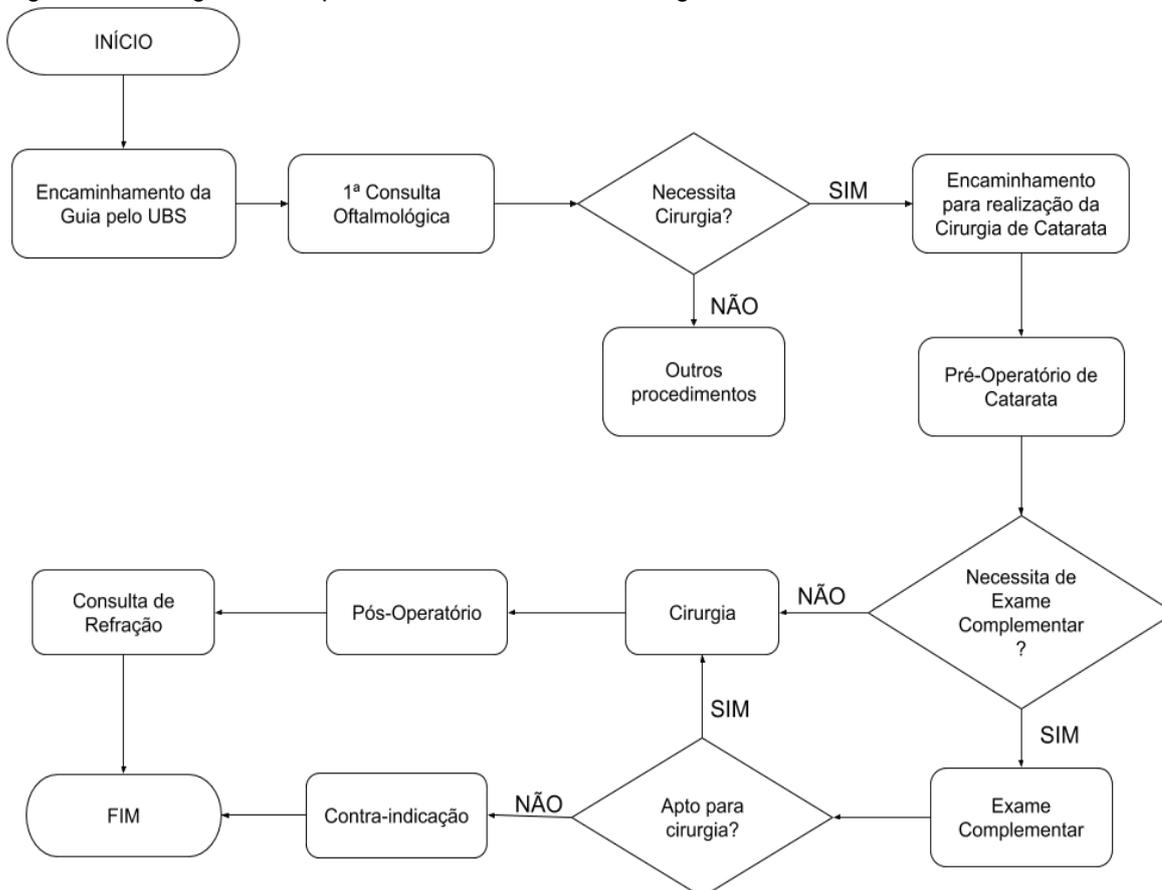
- Ceratometria: é um exame que mede a curvatura central da córnea. Esta medida é importante para calcular o grau da lente que será implantada na cirurgia de catarata e também para adaptação de lentes de contato rígidas;
- Topografia da córnea ou videoceratografia computadorizada: é feita para avaliar a curvatura anterior e o formato da córnea. O exame permite o diagnóstico e tratamento de uma série de doenças corneanas;

- Retinografia: é uma fotografia colorida do fundo de olho, ela serve para documentar a retina para comparação futura ou para mostrar ao paciente o que o médico viu durante o exame;
- Angiofluoresceinografia, também conhecido como Retinografia Fluorescente: é um procedimento de diagnóstico que utiliza um tipo de câmera fotográfica especial que capta imagens da retina, depois de injetado corante na veia do paciente. A angiofluoresceinografia é muito útil para diagnóstico de doenças da retina que alteram os vasos, como diabetes, degeneração macular relacionada à idade e vasculites, entre outras;
- Microscopia especular da córnea: é um exame que fotografa as células da camada mais interna da córnea, permitindo uma análise quantitativa e qualitativa das células ali presentes (formato, tamanho, quantidade);
- Campimetria computadorizada: é um exame que mede a percepção visual central e periférica dos olhos;
- Paquimetria ultrassônica: avalia a espessura corneana (camada transparente na frente dos olhos);
- Biometria Ultrassônica: é o exame capaz de calcular a lente que irá ser implantada no olho na cirurgia de catarata. Este exame mede o tamanho do olho, também chamado de “comprimento axial”;
- Mapeamento de Retina: é feito para avaliar a retina e procurar por alguma alteração, sobretudo na sua periferia. É muito importante para todos os pacientes e em especial para os pacientes diabéticos, hipertensos, usuários de algumas medicações, pré e pós-operatórios e altos míopes;
- Capsulotomia por Yag Laser: trata-se da limpeza da cápsula posterior do cristalino quando ela está opacificada. É um procedimento realizado em pacientes que fizeram cirurgia de catarata;
- Tonometria: é um exame oftalmológico que permite medir a pressão intraocular;
- Refratometria computadorizada: é realizado para conhecer o grau dos olhos e a visão do paciente. Este exame permite descobrir qual a disfunção do paciente: miopia (dificuldade de enxergar para longe), hipermetropia (imagens próximas ficam embaçadas) ou astigmatismo ocular (imperfeição na curvatura do olho).

4.2 Procedimentos e Consultas

Para realizar o procedimento de facoemulsificação pela SMS é necessário realizar um processo, que possui início na Unidade Básica de Saúde (UBS) do paciente. A seguir o fluxo do procedimento:

Figura 2 - Fluxograma Simplificado do Processo de Cirurgia de Catarata



Fonte: As autoras (2019).

Para o paciente realizar a primeira consulta oftalmológica é necessário ter o primeiro atendimento com o clínico geral ou médico da família que realiza o atendimento na UBS, solicitando ao paciente a realização do teste de *Snellen*, que consiste em um exame simples para avaliar a acuidade visual. Após esse processo, o médico faz o encaminhamento via sistema à regulação da SMS.

Na SMS, o médico regulador de oftalmologia faz a priorização dos encaminhamentos. Em seguida, de acordo com a prioridade de cada paciente, os funcionários da SMS abrem as agendas médicas correspondentes com as vagas disponibilizadas nas clínicas conveniadas. Após, os pacientes são informados

sobre o dia, horário e local da consulta, e que devem primeiramente retirar a guia do encaminhamento na sua UBS.

Em sua primeira consulta, em avaliação com o oftalmologista, o paciente é informado se possui ou não catarata, se possuir, o paciente é encaminhado para realizar a cirurgia, caso o paciente possua outro tipo de suspeita ou doença, o médico poderá realizar a solicitação do procedimento. Esse encaminhamento para a cirurgia é feito via sistema informatizado e também através de APACs, nesse documento contém descritos dados pessoais e acuidade visual, se o paciente possui catarata nos dois olhos, já são feitas uma para cada olho. Essas APACs então são enviadas à SMS, onde são priorizadas pelo médico regulador, conforme a gravidade do caso do paciente.

Após as APACs serem priorizadas, a própria SMS liga para o paciente retornar à clínica para realizar o pré-operatório. No pré-operatório, é informado qual olho será operado primeiro, já que não são operados no mesmo dia, também é realizada a biometria e a microscopia. Além de serem passadas informações sobre cuidados pré-cirúrgicos e também instruções sobre local, data e horário da cirurgia.

No pré-operatório há também a possibilidade do médico solicitar exame complementar para melhor investigação, como por exemplo, uma ultrassonografia. Dependendo do resultado do exame, o paciente é liberado para fazer a cirurgia, caso haja a contraindicação, e se necessário, o paciente é encaminhado a um especialista para acompanhamento.

A cirurgia é realizada em um hospital filantrópico da região norte de Santa Catarina, onde os pacientes são atendidos pelas recepcionistas para realizar a admissão no hospital. Em seguida, os pacientes são levados a uma sala, onde realizam a identificação, a entrevista de enfermagem, a administração de colírio no olho que será operado e a entrega da lente intraocular que será implantada na cirurgia.

Depois de realizar esse processo, o paciente é levado até o centro cirúrgico onde é vestido com um avental esterilizado, posteriormente o paciente é admitido na sala do procedimento, onde o médico cirurgião realizará a cirurgia de catarata com o implante da lente intraocular.

Logo após o procedimento, as enfermeiras do centro cirúrgico explicam aos pacientes e seus acompanhantes quais são os cuidados e medicamentos

necessários para ter um pós-operatório sem intercorrências. E também é explicado que no dia posterior haverá uma consulta pós-operatória na clínica, para averiguar se a cirurgia foi realizada sem intercorrências.

Caso o paciente necessite realizar cirurgia de catarata no outro olho também, a SMS entrará em contato com o paciente em 30 ou 40 dias, marcando novamente uma consulta pré-operatória para o olho que falta ser operado.

Quando o paciente realizar as cirurgias indicadas pelo médico oftalmologista, depois de 30 a 40 dias da última cirurgia, os funcionários da clínica entram em contato com os pacientes para o agendamento das consultas de refração, que é uma consulta para receitar os óculos ou dar prosseguimento a algum tratamento.

4.3 Pacotes de Procedimento

Cada procedimento realizado pela clínica é um pacote, isto é, um grupo de procedimentos, cada um com seu valor, que somando todos os valores, resultam em um valor total, e esse total que é cobrado pelo faturamento. Esses valores são estabelecidos pelo Ministério da Saúde onde podem ser acessados pela tabela SIGTAP.

Os procedimentos inseridos nos pacotes são somados e totalizam o valor final, sendo que alguns procedimentos são cobrados por olho, que é caso do mapeamento de retina, tonometria, biometria e ultrassom.

As tabelas a seguir foram retiradas do SIGTAP, com os valores atualizados de 2019, com os códigos individuais de cada procedimento e suas respectivas denominações. Cada pacote foi contratualizado entre a SMS e a clínica, possibilitando a utilização de pacotes para os serviços prestados.

A Tabela 1 é utilizada no faturamento quando o paciente é encaminhado para realizar a sua primeira avaliação oftalmológica. Neste pacote o procedimento mapeamento de retina com gráfico por ser monocular é cobrado duas vezes, por ser realizado em ambos os olhos, dessa forma o valor total do pacote de consulta resulta em R\$ 65,41.

Tabela 1 - Pacote Consulta

Código	Procedimento	Valor Unitário
03.01.01.007-2	Consulta Oftalmológica	R\$ 10,00
02.11.06.012-7	Mapeamento de retina com gráfico (Monocular)	R\$ 24,24 (2x)
03.01.01.004-8	Consulta de Enfermagem na Atenção Especializada em Oftalmologia	R\$ 6,30
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada em Oftalmologia	R\$ 0,63
Total		R\$ 65,41

Fonte: Sigtap (Adaptado pelas autoras, 2019).

A tabela a seguir é usada quando o paciente retorna à clínica para confirmação da catarata, os exames pré-operatórios e encaminhamento para realização da cirurgia. Cada pré-operatório corresponde a um olho por vez, não podendo ser cobrado em dobro os procedimentos de mapeamento de retina, biometria ou ultrassom. O valor total do pacote de pré-operatório é de R\$ 105,32, porém se o médico achar necessário poderá realizar uma ultrassonografia, se assim for, o pacote passará ter valor de R\$ 129,52.

Tabela 2 - Pacote Pré-Operatório

Código	Procedimento	Valor Unitário
03.01.01.007-2	Consulta Oftalmológica	R\$10,00
02.11.06.012-7	Mapeamento de retina com gráfico (Monocular)	R\$ 24,24
02.11.06.005-4	Ceratometria (Binocular)	R\$ 3,37
02.11.06.001-1	Biometria Ultrassônica (Monocular)	R\$ 24,24
03.01.01.004-8	Consulta de Enfermagem na Atenção Especializada em Oftalmologia	R\$ 6,30
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada em oftalmologia	R\$ 0,63
02.11.06.002-0	Biomicroscopia de Fundo de Olho	R\$ 12,34
02.05.02.008-9	Microscopia Especular de Córnea	R\$ 24,20
02.05.02.008-9	Ultrassonografia do Globo Ocular (Monocular)*	R\$ 24,20
Total sem Ultrassonografia		R\$ 105,32
Total com Ultrassonografia		R\$ 129,52

*A ultrassonografia só pode ser requisitada caso o médico não visualizar o fundo do olho do paciente.

Fonte: SIGTAP (Adaptado pelas autoras, 2019).

O pacote de facoemulsificação representado na Tabela 3 é utilizado quando o paciente realiza a cirurgia de catarata com implante de lente intraocular. Pode-se observar que são três procedimentos inseridos nesse pacote, cada um com um valor, que somados resultam no total de R\$ 778,53, sendo esse valor cobrado para o procedimento de facoemulsificação.

Tabela 3 - Pacote Facoemulsificação

Código	Procedimento	Valor Unitário
04.05.05.037-2	Facoemulsificação com implante de lente intra-ocular dobrável	R\$ 771,60
03.01.010.004-8	Consulta de Enfermagem na Atenção Especializada Oftalmologia	R\$ 6,30
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada em Oftalmologia	R\$ 0,63
Total		R\$ 778,53

Fonte: Sigtap (Adaptado pelas autoras, 2019).

A tabela a seguir, Tabela 4, faz parte do pacote do pós-operatório, que geralmente é realizado no dia posterior da cirurgia, na clínica onde foi realizado o pré-operatório. Neste pacote o único procedimento é a consulta oftalmológica, no valor de R\$ 10,00.

Tabela 4 - Pacote Pós-Operatório Catarata

Código	Procedimento	Valor Unitário
03.01.01.007-2	Consulta Oftalmológica	R\$ 10,00
Total		R\$ 10,00

Fonte: Sigtap (Adaptado pelas autoras, 2019).

O pacote a seguir, que está representado pela Tabela 5, é utilizada quando o paciente retorna à clínica após 30 a 40 dias da cirurgia, para verificar a necessidade do uso de óculos ou dar continuidade a algum outro tratamento específico. Este pacote possui cinco procedimentos inclusos, resultando no total de R\$ 48,35.

Tabela 5 - Pacote Pós-Operatório Catarata (Refração)

Código	Procedimento	Valor Unitário
02.11.06.025-9	Tonometria (Monocular)	R\$ 3,37 (2x)
02.11.06.002-0	Biomicroscopia de fundo de olho (Monocular)	R\$ 12,34 (2x)
03.01.01.004-8	Consulta de Enfermagem na Atenção Especializada em Oftalmologia	R\$ 6,30
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na Atenção Especializada em Oftalmologia	R\$ 0,63
03.01.01.007-2	Consulta de Refração	R\$ 10,00
Total		R\$ 48,35

Fonte: Sigtap (Adaptado pelas autoras, 2019).

Pode-se notar na tabela anterior que em dois procedimentos o valor será multiplicado por dois, pois no pacote estão compreendidos os dois olhos, como a tonometria e a biomicroscopia que são cobrados de maneira monocular, isto é, por cada olho.

4.4 Demanda Prevista x Demanda Executada

A previsão de demanda está relacionada com o planejamento de uma empresa, onde o gestor se programa para estar apto a receber clientes, gerenciar seu estoque, organizar agendas e tomar decisões, é uma projeção da quantidade de serviços que pretende prestar (CAMARGO, 2017).

Já a demanda executada é o que de fato foi realizado pela instituição, onde pode ser visualizado quantidade de faltas, perdas financeiras etc., é nesse momento que se visualiza se o planejado foi alcançado. Através da observação da demanda executada, é possível tomar decisões, ações corretivas e melhorar metas e objetivos (BASTIANI, 2014).

As tabelas a seguir apresentam a coleta de dados do período de março de 2018 a março de 2019, onde realizam a demonstração dos pacientes presentes, faltantes, a quantidade total, e o percentual de faltas do período.

4.4.1 Análise do Absenteísmo dos Pacientes de Primeira Consulta Oftalmológica

A primeira tabela de faltas a ser analisada é a de pacientes de primeira consulta. A clínica estudada realizou o atendimento de 9.743 pacientes no período de 13 meses, sendo a média de 812 pacientes/mês, ou 27 pacientes/dia. Porém a demanda prevista pela clínica era de 10.558 pacientes, com a média de 880 pacientes/mês, e realizando o atendimento de 29 pacientes/dia. O absenteísmo de apenas dois pacientes ao dia pode ser insignificante, mas no prazo de 13 meses resulta em 7,72% de perda no faturamento, ou em termos monetários a perda é de R\$ 53.309,15, que é a quantidade de pacientes faltantes multiplicado pelo valor do pacote da primeira consulta, no valor de R\$ 65,41, como mostrado na Tabela 6.

Tabela 6 - Pacientes Primeira Consulta Oftalmológica

	Pacientes	Valor Financeiro (*)
Presentes	9.743	R\$ 637.289,63
Faltantes	815	R\$ 53.309,15
Total	10.558	R\$ 690.598,78
Percentual de Faltas (%)	7,72	R\$ 53.309,15

*Considerado o valor do pacote de Primeira Consulta, R\$ 65,41.

Fonte: As autoras (2019).

Cada mês analisado possui quantidades diferentes de atendimento para primeira consulta, como pode ser observado na tabela a seguir. Dessa maneira, as quantidades de faltas se baseiam no total de pacientes agendados no mês, subtraindo pela quantidade de pacientes presentes.

Pode-se verificar que os meses que possuem a maior quantidade de atendimento são julho, agosto, setembro e outubro de 2018, com uma média de 1.293 pacientes atendidos nestes meses. Esse aumento significativo de atendimento é por conta que nesse período analisado havia dois médicos prestando serviços na clínica.

Tabela 7 - Pacientes mês a mês Primeira Consulta

Meses	Demanda Executada		Demanda Faltante		Demanda Prevista	
	Quant	R\$	Quant	R\$	Quant	R\$
Março/2018	679	44.413,39	62	4.055,42	741	48.683,89
Abril/2018	674	44.086,34	55	3.597,55	729	47.683,89
Maió/2018	646	42.254,86	59	3.859,19	705	46.114,05
Junho/2018	717	46.898,97	62	4.055,42	779	50.954,39
Julho/2018	1.258	82.285,78	107	6.998,87	1.365	89.284,65
Agosto/2018	1.068	69.857,88	87	5.690,67	1.155	75.548,55
Setembro/2018	1.272	83.201,52	74	4.840,34	1.346	88.041,86
Outubro/2018	1.209	79.080,69	96	6.279,36	1.305	85.360,05
Novembro/2018	391	25.575,31	24	1.569,84	415	27.145,15
Dezembro/2018	239	15.632,99	18	1.177,38	257	16.810,37
Janeiro/2019	193	12.624,13	19	1.242,79	212	13.866,92
Fevereiro/2019	418	27.341,38	70	4.578,70	488	31.920,08
Março/2019	979	64.036,39	82	5.363,62	1.061	69.400,01
Total	9.743	637.289,63	815	53.309,15	10.558	690.598,78

Fonte: As autoras (2019).

O mês que possui a maior quantidade de faltas é o de julho de 2018, com 107 faltas no mês, totalizando uma perda de R\$ 6.998,87. E é também o único mês que apresenta faltas acima de 100 pacientes, como mostra a Tabela 7. E o mês que possui a menor quantidade de faltas é de dezembro/2018, de acordo

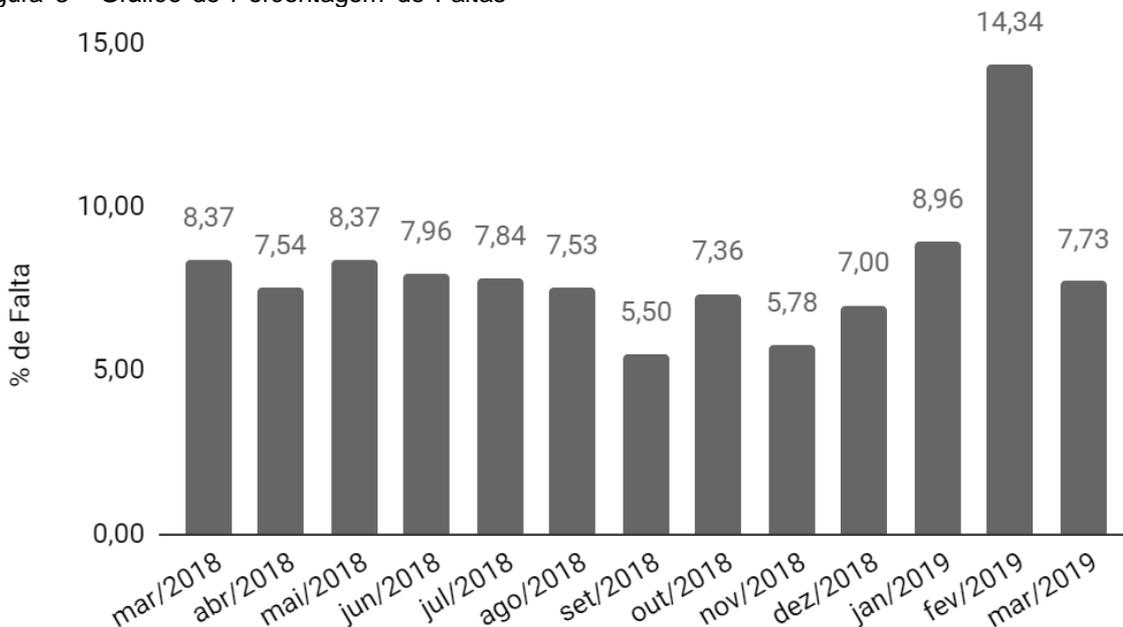
com a Tabela 7, com apenas 18 faltas, mas com uma perda financeira de R\$ 1.177,38.

A Figura 3 é uma referência aos pacientes agendados por mês em comparação com a quantidade de faltas, gerando o percentual de faltas, e não a quantidade absoluta dos pacientes faltantes.

O mês que possui o maior índice de faltas de primeira consulta é fevereiro/2019, mostrado na Figura 3, com 14,34% de faltas, isto é, de 488 consultas agendadas para o mês, 70 pacientes faltaram. Gerando uma perda só no mês de fevereiro/2019 de aproximadamente R\$ 4.578,70. Esse índice é atípico já que em nenhum outro mês houve um percentual superior a 10%.

O mês que possui o menor índice de faltas é setembro/2018, com o percentual de 5,50%, com 74 pacientes faltantes, totalizando o valor de R\$ 4.840,34. Apesar do mês de setembro/2018 possuir um menor índice de quantidade de faltas, em questões de perdas monetárias gerou um valor que pode ser considerado alto e significativo.

Figura 3 – Gráfico de Porcentagem de Faltas



Fonte: As autoras (2019).

Observando a Figura 3, os primeiros três meses analisados de 2019 possuem percentuais altos de faltas, com um valor médio de 10,34%, sendo que os meses de janeiro, fevereiro e março de 2019 apresentam índice maior que a

média total de faltas, que é de 7,72% e está apresentado na Tabela 6. Um motivo que poderia justificar essa quantidade de faltas são as férias de verão, já que os pacientes podem ter planejado as suas viagens e esquecido do agendamento realizado.

4.4.2 Análise do Absenteísmo dos Pacientes de Pré-Operatório

A Tabela 8 apresenta a quantidade de pacientes presentes, faltantes, o total e o percentual de falta. Sendo multiplicado cada total pelo valor do pacote de R\$ 105,32, que ao final resultou em uma perda de R\$ 5.266,00 devido às faltas dos pacientes no pré-operatório, que representam 2,48%, ou seja, 50 pacientes faltosos.

Tabela 8 - Pacientes Pré-Operatório de Catarata

	Total	Valor Financeiro (*)
Pacientes Presentes	1.968	R\$ 207.269,76
Pacientes Faltantes	50	R\$ 5.266,00
Total Pacientes	2.018	R\$ 212.535,76
Percentual de Faltas (%)	2,48	R\$ 5.266,00

*Considerado o valor do pacote de Pré-Operatório, R\$ 105,32.
Fonte: As autoras (2019).

A ultrassonografia do globo ocular pode estar compreendida no pacote de pré-operatório, porém a clínica não possui dados suficientes para analisar a quantidade de pacientes faltantes no procedimento, por esse motivo, o valor da ultrassonografia está sendo desconsiderado para essa análise.

Outro dado que pode ser analisado na Tabela 9, é que há dois meses que não possuem faltas, março/2018 e agosto/2018, sendo assim, não há perdas financeiras ligadas ao absenteísmo nesses meses mencionados em relação ao Pré-Operatório.

Tabela 9 - Pacientes mês a mês Pré-Operatório

Meses	Demanda Executada		Demanda Faltante		Demanda Prevista	
	Quant	R\$	Quant	R\$	Quant	R\$
Março/2018	119	12.533,08	0	0,00	119	12.533,08
Abril/2018	118	12.427,76	1	105,32	119	12.533,08
Mai/2018	112	11.795,84	7	737,24	119	12.533,08
Junho/2018	208	21.906,56	6	631,92	214	22.538,48
Julho/2018	139	14.639,48	3	315,96	142	14.955,44
Agosto/2018	120	12.638,40	0	0,00	120	12.638,40
Setembro/2018	118	12.427,76	1	105,32	119	12.533,08
Outubro/2018	115	12.111,80	4	421,28	119	12.533,08
Novembro/2018	124	13.059,68	6	631,92	130	13.691,60
Dezembro/2018	127	13.375,64	3	315,96	130	13.691,60
Janeiro/2019	126	13.270,32	4	421,28	130	13.691,60
Fevereiro/2019	262	27.593,84	6	631,92	268	28.225,76
Março/2019	280	29.489,60	9	947,88	289	30.437,48
Total	1.968	207.269,76	50	5.266,00	2.018	212.535,76

*Considerado o valor do pacote de Pré-Operatório, R\$ 105,32.

Fonte: As autoras (2019).

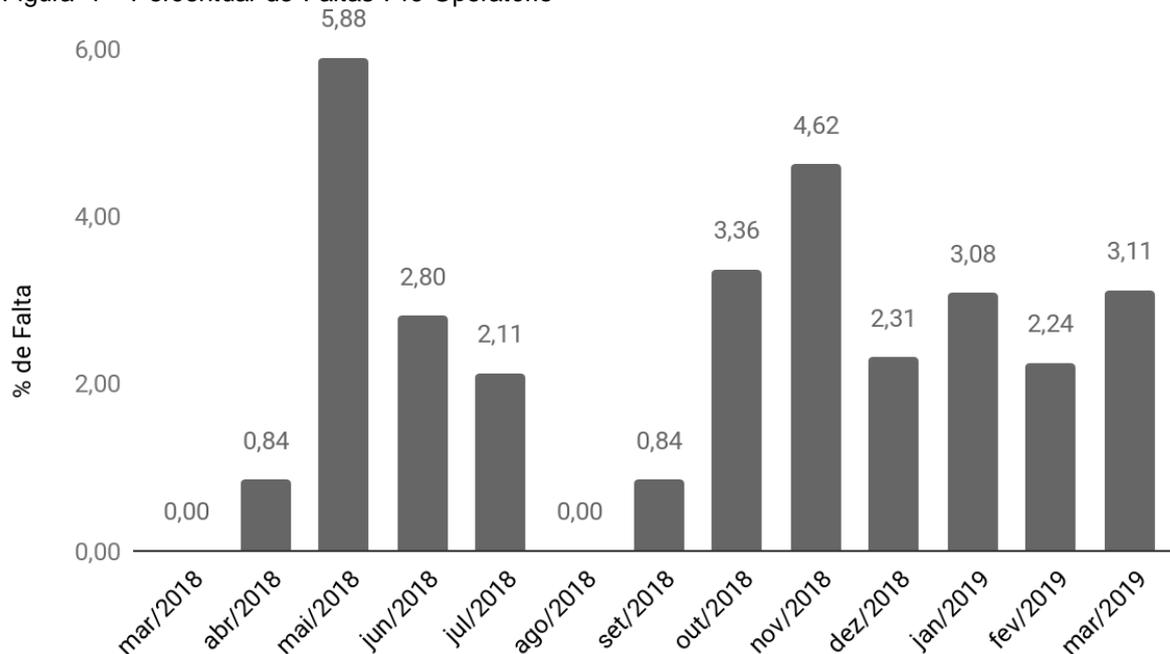
De acordo com a Tabela 9, o mês que possui a maior quantidade de faltas é março/2019, com 9 pacientes, totalizando uma perda de R\$ 947,88.

O mês que possui a maior porcentagem de faltas foi o mês de maio/2018, com 7 pacientes, que é igual a 5,88%, conforme a Figura 4. Apesar do mês de maio/2018 representar o maior percentual de faltas, o valor de perda foi de R\$ 737,24. Isso porque o cálculo da porcentagem de faltas está relacionado com a quantidade de agendados e faltantes no período, e não a quantidade total de pacientes faltantes.

Outro ponto a se observar é que possuem 3 meses com quantidade de Pré-Operatórios superior a 200 pacientes, sendo eles junho/2018, fevereiro/2019 e março/2019. O que justifica o aumento significativo de consultas no mês de junho/2018 é que o Estado de Santa Catarina liberou fundos extras para realizar cirurgias do Município pesquisado. E o mês de fevereiro/2019 e março/2019, a

SMS da cidade autorizou recursos adicionais, além da quantidade estabelecida em contrato entre a SMS e a clínica.

Figura 4 – Percentual de Faltas Pré-Operatório



Fonte: As autoras (2019).

Como mostrado anteriormente, o mês que possui o maior percentual de faltas é o mês de maio/2018, e o mês anterior, abril, possui uma quantidade de apenas uma falta, sendo que os dois meses possuíam a mesma quantidade de pacientes agendados, ou seja, de 119.

A Figura 4 demonstra também, que os últimos meses analisados, isto é, de setembro/2018 a março/2019, há pacientes faltantes, totalizando em 33 pacientes, e em média 4,7 pacientes por mês. Se realizar a mesma análise de março/2018 a agosto/2018, os primeiros seis meses analisados, a quantidade de pacientes faltantes será de 17, em média de 2,8 pacientes faltantes por mês.

4.4.3 Análise do Absenteísmo dos Pacientes de Facoemulsificação

Como citado anteriormente, a cirurgia de Facoemulsificação é a que possui o valor mais significativo dentre os pacotes, sendo sempre uma perda expressiva, mesmo que seja uma cirurgia perdida. A Tabela 10 demonstra de forma resumida

a quantidade de pacientes presentes, faltantes e o total, e também o percentual de faltas no período analisado.

Tabela 10 - Pacientes Facoeulsificação

	Total	Valor Financeiro (*)
Pacientes Presentes	1.869	R\$ 1.455.072,57
Pacientes Faltantes	68	R\$ 52.940,04
Total Pacientes	1.937	R\$ 1.508.012,61
Percentual de Faltas (%)	3,51	R\$ 52.940,04

*Considerado o valor do pacote de Facoeulsificação, R\$ 778,53.

Fonte: As autoras (2019).

O objetivo principal do processo analisado é a cirurgia de catarata, a quantidade de pacientes faltantes possui um percentual de 3,51%, totalizando em 68 pacientes que não realizaram o procedimento de facoeulsificação. Ao analisar a Tabela 10, pode-se observar que a perda financeira é de R\$ 52.940,04.

Ao avaliar a Tabela 11, que está a seguir, podem-se notar dois acontecimentos que estão ligados. Primeiro, que o mês de junho/2018 não possui faltas, pois neste mês não foi realizada nenhuma cirurgia, portanto esse mês não será considerado para análise desse caso. A explicação dessa situação, é que o médico cirurgião não pôde comparecer nesse mês de junho/2018 para realizar as cirurgias, sendo assim, todos os pacientes foram reagendados para julho/2018.

Ao analisar o mês de julho/2018, verifica-se que é o mês que possui a maior quantidade de faltas, sendo um acontecimento totalmente atípico, com um total de 23 faltas, conforme pode ser observado na Tabela 11. Ao investigar esse caso em específico, pode ter ocorrido que os pacientes não foram localizados e/ou não tenham sido comunicados sobre a nova data, ou não lembraram a nova data agendada, e por conta desse fato, a perda total nesse mês foi de R\$ 17.906,19.

Tabela 11 - Pacientes mês a mês Facoemulsificação

Meses	Demanda Executada		Demanda Faltante		Demanda Prevista	
	Quant	R\$	Quant	R\$	Quant	R\$
Março/2018	118	91.866,54	1	778,53	119	92.645,07
Abril/2018	113	87.973,89	3	2.335,59	116	90.309,48
Mai/2018	89	69.289,17	4	3.114,12	93	72.403,29
Junho/2018			SEM CIRURGIAS			
Julho/2018	408	317.640,24	23	17.906,19	431	335.546,43
Agosto/2018	115	89.530,95	6	4.671,18	121	94.202,13
Setembro/2018	119	92.645,07	4	3.114,12	123	95.759,19
Outubro/2018	108	84.081,24	7	5.449,71	115	89.530,95
Novembro/2018	116	90.309,48	1	778,53	117	91.088,01
Dezembro/2018	120	93.423,60	1	778,53	121	94.202,13
Janeiro/2019	125	97.316,25	4	3.114,12	129	100.430,37
Fevereiro/2019	122	94.980,66	5	3.892,65	127	98.873,31
Março/2019	316	246.015,48	9	7.006,77	325	253.022,25
Total	1.869	1.455.072,57	68	52.940,04	1.937	1.508.012,61

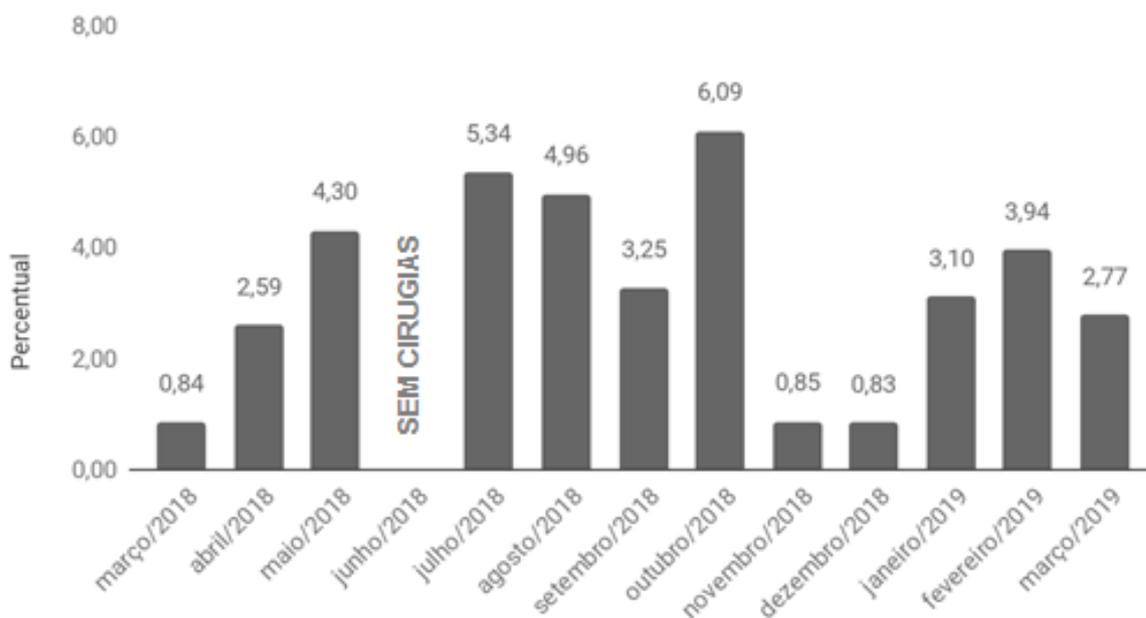
*Considerado o valor do pacote de Facoemulsificação, R\$ 778,53.
 Fonte: As autoras (2019).

Outra análise que pode ser feita na Tabela 11, é que houve 3 meses com apenas um paciente faltante, que foram os meses de março, novembro e dezembro de 2018.

Pode-se averiguar também, que o mês de março/2019 possui uma quantidade significativa de faltas, sendo 9 pacientes faltosos, totalizando assim uma perda financeira de R\$ 7.006,77.

Se analisar a média de cirurgias agendadas nos 12 meses, não considerando o mês de junho/2018, terá a média de 162 pacientes/mês, com o índice de faltas de 6 pacientes, sendo assim, se obtém a média de 156 paciente/mês presentes nas cirurgias, e o valor médio será de R\$ 121.450,68 mês.

Figura 5 – Percentual de Faltas Facoemulsificação



Fonte: As autoras (2019).

Apesar da análise anterior que o mês que possui a maior quantidade de faltas é o mês de julho/2018, de acordo com a Figura 5, o mês que possui o maior percentual de faltas é o mês de outubro/2018, com 6,09%, tendo uma perda de R\$ 5.449,71, por conta que no percentual verifica a quantidade total de pacientes agendados de acordo com a quantidade de pacientes faltantes. Durante esse mês, o total de pacientes agendados para realizar a cirurgia de catarata seriam 115 pacientes, porém houve uma quantidade de faltas de 7 pacientes.

O mês com o menor percentual de faltas é o mês de dezembro/2018, como pode ser observado na Figura 5, com apenas 0,83%, isto porque de 121 pacientes agendados para realizar a cirurgia, apenas 1 faltou.

4.4.4 Análise do Absenteísmo dos Pacientes de Pós-Operatório

A Tabela 12 refere-se aos pacientes presentes, faltantes e o total de pacientes do período pesquisado. E analisando-a, pode-se verificar que houve uma quantidade de faltas de 19 pacientes, com o percentual de faltas de 1,03%. Sendo assim, a perda financeira total desse procedimento no período analisado foi de R\$ 190,00.

Tabela 12 - Pacientes Pós-Operatório

	Total	Valor Financeiro (*)
Pacientes Presentes	1.831	R\$ 18.310,00
Pacientes Faltantes	19	R\$ 190,00
Total Pacientes	1.850	R\$ 18.500,00
Percentual de Faltas (%)	1,03	R\$ 190,00

*Considerado o valor do pacote de Pós-Operatório, R\$ 10,00.

Fonte: As autoras (2019).

A tabela 13 representa a quantidade de pacientes presentes, faltantes e os valores faturados e perdidos mês a mês conforme os comparecimentos e faltas. Considerando que o valor do pós-operatório é estabelecido pelo SIGTAP em R\$ 10,00.

Os meses que mais houve faltas são março/2018 e novembro/2018, sendo que os dois meses tiveram uma perda de R\$ 30,00 cada um.

Como foi mencionado anteriormente, o mês de junho/2018 não teve nenhuma cirurgia, sendo assim, não será considerado para a análise dessa consulta.

Tabela 13 - Pacientes mês a mês Pós-Operatório

Meses	Demanda Executada		Demanda Faltante		Demanda Prevista	
	Quant	R\$	Quant	R\$	Quant	R\$
Março/2018	133	1.330,00	3	30,00	136	1.360,00
Abril/2018	112	1.120,00	2	20,00	114	1.140,00
Maió/2018	100	1.000,00	2	20,00	102	1.020,00
Junho/2018	SEM CONSULTAS					
Julho/2018	352	3.520,00	1	10,00	353	3.530,00
Agosto/2018	115	1.150,00	0	0	115	1.150,00
Setembro/2018	118	1.180,00	1	10,00	119	1.190,00
Outubro/2018	107	1.070,00	0	0	107	1.070,00
Novembro/2018	114	1.140,00	3	30,00	117	1.170,00
Dezembro/2018	118	1.180,00	2	20,00	120	1.200,00
Janeiro/2019	123	1.230,00	2	20,00	125	1.250,00
Fevereiro/2019	120	1.200,00	1	10,00	121	1.210,00
Março/2019	319	3.190,00	2	20,00	321	3.210,00
Total	1.831	18.310,00	19	190,00	1.850	18.500,00

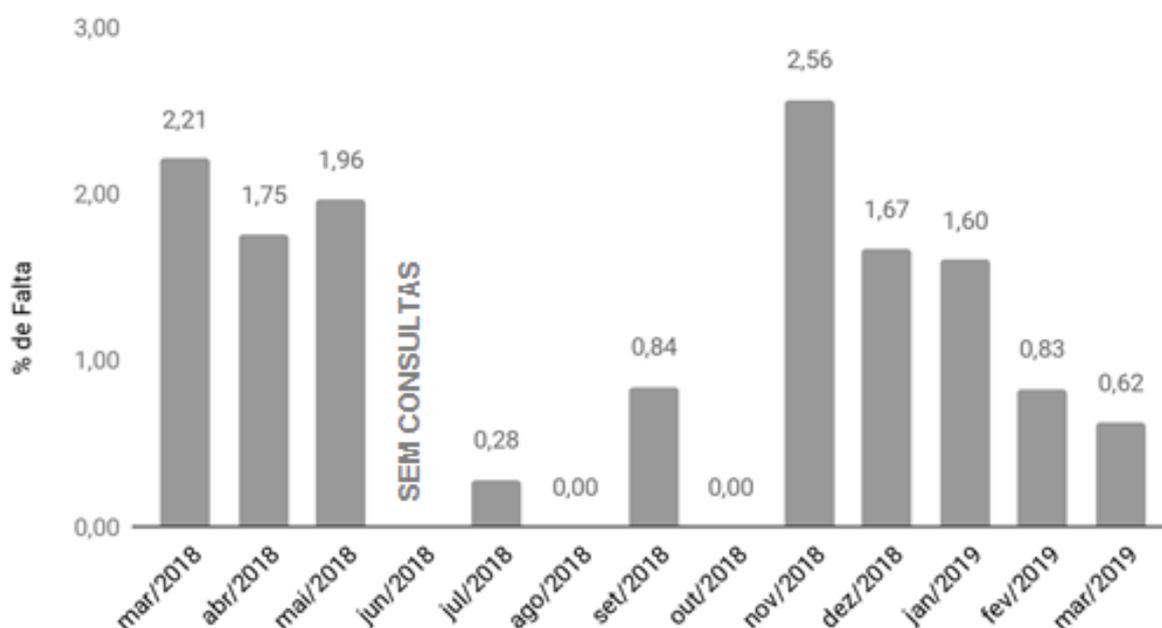
*Considerado o valor do pacote de Pós-Operatório, R\$ 10,00.

Fonte: As autoras (2019).

Percebe-se uma quantidade menor de faltas nesse procedimento, pós-operatório, uma justificativa seria que os pacientes entendem a necessidade dessa consulta, pois avalia se a cirurgia continua sem intercorrências.

Outro ponto importante que se pode observar sobre o mês de novembro/2018 é que teve o maior percentual de faltas, com 2,56%, como constatado na Figura 6.

Figura 6 - Percentual de Faltas Pós-Operatório



Fonte: As autoras (2019).

Ao analisar a Figura 6, percebe que há dois meses que não tiveram nenhuma falta, são os meses de agosto/2018 e outubro/2018.

Outra observação na Figura 6 é que houve uma diminuição de percentual a partir do mês de dezembro/2018 até último mês analisado, março/2019.

4.4.5 Análise do Absenteísmo dos Pacientes de Pós-Operatório (Refração)

Já a Tabela 14 tem como objetivo mostrar a quantidade de pacientes que foram agendados para o pós-operatório (refração), a quantidade de pacientes que faltaram e o percentual. Pode ser observado que teve um total de 30 faltas que multiplicado pelo valor do pacote de R\$ 48,35 resultou uma perda à clínica de R\$ 1.450,50, com o percentual total de faltas de 4,41%.

Tabela 14 - Pacientes Pós-Operatório (Refração)

	Total	Valor Financeiro (*)
Pacientes Presentes	650	R\$ 31.427,50
Pacientes Faltantes	30	R\$ 1.450,50
Total Pacientes	680	R\$ 32.878,00
Percentual de Faltas (%)	4,41	R\$ 1.450,50

*Considerado o valor do pacote de Refração, R\$ 48,35.

Fonte: As autoras (2019).

A tabela 15 está relacionada ao pós-operatório de refração mês a mês, no período de março de 2018 a março de 2019. Averigua-se que houve 3 meses que não tiveram consultas de Refração, que são os meses de março/2018, julho/2018 e dezembro/2018. O mês de março/2018 não teve refração porque a SMS libera um olho por mês, sendo assim, os pacientes tiveram que realizar cirurgia em fevereiro e março de 2018, ocorrendo de serem chamados para realizar a consulta de refração só no mês de abril. Já o mês de julho/2018 não teve consultas, porque as cirurgias de catarata do mês de junho/2018 foram transferidas para o mês seguinte, como mencionado anteriormente. E no mês de dezembro/2018 não foram agendadas cirurgias, porque o médico que realiza as consultas teve que se ausentar da clínica analisada, para atender em outra filial da clínica, então os pacientes foram transferidos para o mês de janeiro/2019.

Outra questão a ser observada na Tabela 15 é que o mês que possui a maior quantidade de faltas é de setembro/2018, com 7 pacientes faltantes, totalizando uma perda financeira de R\$ 338,45.

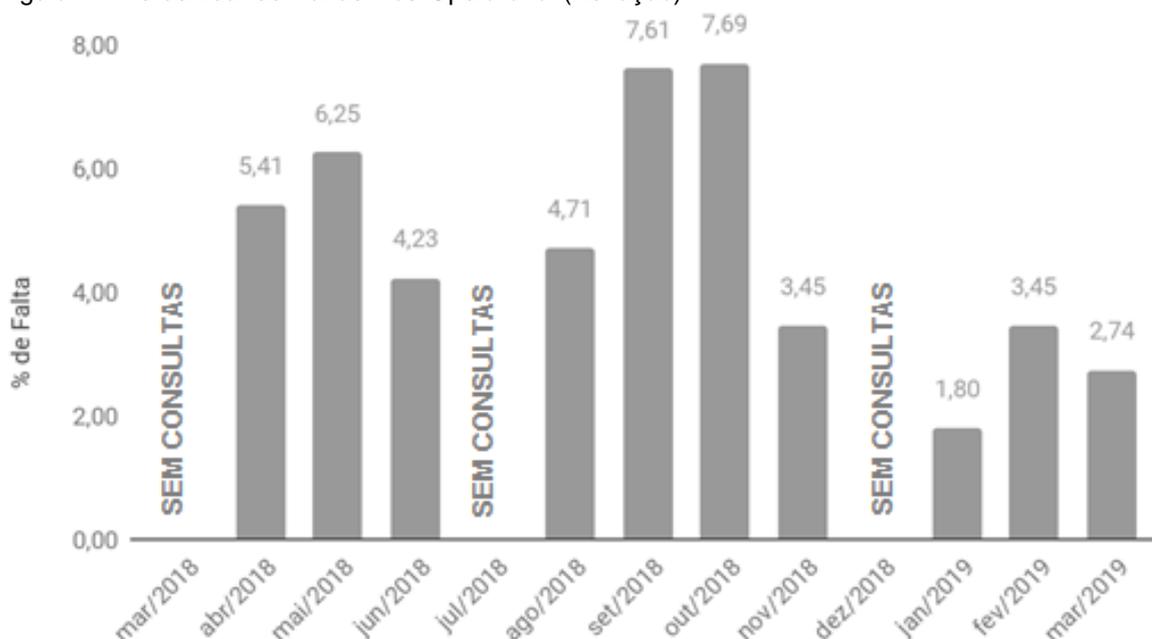
Tabela 15 - Pacientes mês a mês Pós-Operatório (Refração)

Meses	Demanda Executada		Demanda Faltante		Demanda Prevista	
	Quant	R\$	Quant	R\$	Quant	R\$
Março/2018			SEM CONSULTAS			
Abril/2018	70	3.384,50	4	193,40	74	3.577,90
Maió/2018	30	1.450,50	2	96,70	32	1.547,20
Junho/2018	68	3.287,80	3	145,05	71	3.432,85
Julho/2018			SEM CONSULTAS			
Agosto/2018	81	3.916,35	4	193,40	85	4.109,75
Setembro/2018	85	4.109,75	7	338,45	92	4.448,20
Outubro/2018	24	1.160,40	2	96,70	26	1.257,10
Novembro/2018	28	1.353,80	1	48,35	29	1.402,15
Dezembro/2018			SEM CONSULTAS			
Janeiro/2019	109	5.270,15	2	96,70	111	5.366,85
Fevereiro/2019	84	4.061,40	3	145,05	87	4.206,45
Março/2019	71	3.432,85	2	96,70	73	3.529,55
Total	650	31.427,50	30	1.450,50	680	32.878,00

*Considerado o valor do pacote de Pós-Operatório (Refração), R\$ 48,35.
 Fonte: As autoras (2019).

Na Tabela 15 também é possível verificar que não houve nenhum mês com zero falta. O mês de novembro/2018 teve apenas uma falta, sendo o mês com a menor quantidade de ausências.

Figura 7 - Percentual de Faltas Pós-Operatório (Refração)



Fonte: As autoras (2019).

Ao analisar a figura 7, percebe-se que o mês de outubro/2018 é o que tem o maior percentual com 7,69%, com uma perda de R\$ 96,70, porém comparando com o mês de setembro/2018, que é o mês que possui a maior quantidade de faltas, percebe-se que há uma diferença mínima de porcentagem de apenas 0,08%. Isso acontece, como foi explicado anteriormente, que o percentual é baseado na quantidade de agendados em relação à quantidade de pacientes faltantes, e no mês de outubro/2018 houve 26 pacientes agendados para refração, porém houve 2 faltas, sendo assim, o percentual se torna mais alto.

4.4.6 Análise da Perda Financeira do Absenteísmo dos 13 meses

Após a análise individual de cada procedimento do processo de cirurgia de catarata, é necessário realizar análise total das perdas dos 13 meses. Isto significa a somatória de todas as consultas e procedimentos durante esse período.

A tabela 16 apresenta no período de março de 2018 a março de 2019 os valores monetários perdidos nos procedimentos em decorrência do absenteísmo dos pacientes, a quantidade financeira que realmente foi faturada e o que foi previsto pela clínica em cada mês. O faturamento final pretendido era de R\$ 2.462.525,15, porém obteve-se uma perda financeira devido ao absenteísmo

de R\$ 113.115,69, o que resultou em uma receita ao final desses 13 meses, de R\$ 2.349.369,46.

Tabela 16 - Demonstração mensal

	Valor Absenteísmo	Valor Faturado	Valor Pretendido
Março/2018	R\$ 4.863,95	R\$ 150.143,01	R\$ 155.006,96
Abril/2018	R\$ 6.251,86	R\$ 148.992,49	R\$ 155.244,35
Maió/2018	R\$ 7.827,25	R\$ 125.790,37	R\$ 133.617,62
Junho/2018	R\$ 4.832,39	R\$ 72.093,33	R\$ 76.925,72
Julho/2018	R\$ 25.231,02	R\$ 418.085,50	R\$ 443.316,52
Agosto/2018	R\$ 10.555,25	R\$ 177.093,58	R\$ 187.648,83
Setembro/2018	R\$ 8.408,23	R\$ 193.564,10	R\$ 201.972,33
Outubro/2018	R\$ 12.247,05	R\$ 177.504,13	R\$ 189.751,18
Novembro/2018	R\$ 3.058,64	R\$ 131.438,27	R\$ 134.496,91
Dezembro/2018	R\$ 2.291,87	R\$ 123.612,23	R\$ 125.904,10
Janeiro/2019	R\$ 4.894,89	R\$ 129.710,85	R\$ 134.605,74
Fevereiro/2019	R\$ 9.258,32	R\$ 155.177,28	R\$ 164.435,60
Março/2019	R\$ 13.434,97	R\$ 346.164,32	R\$ 359.599,29
Total	R\$ 113.115,69	R\$ 2.349.369,46	R\$ 2.462.525,15

Fonte: As autoras (2019).

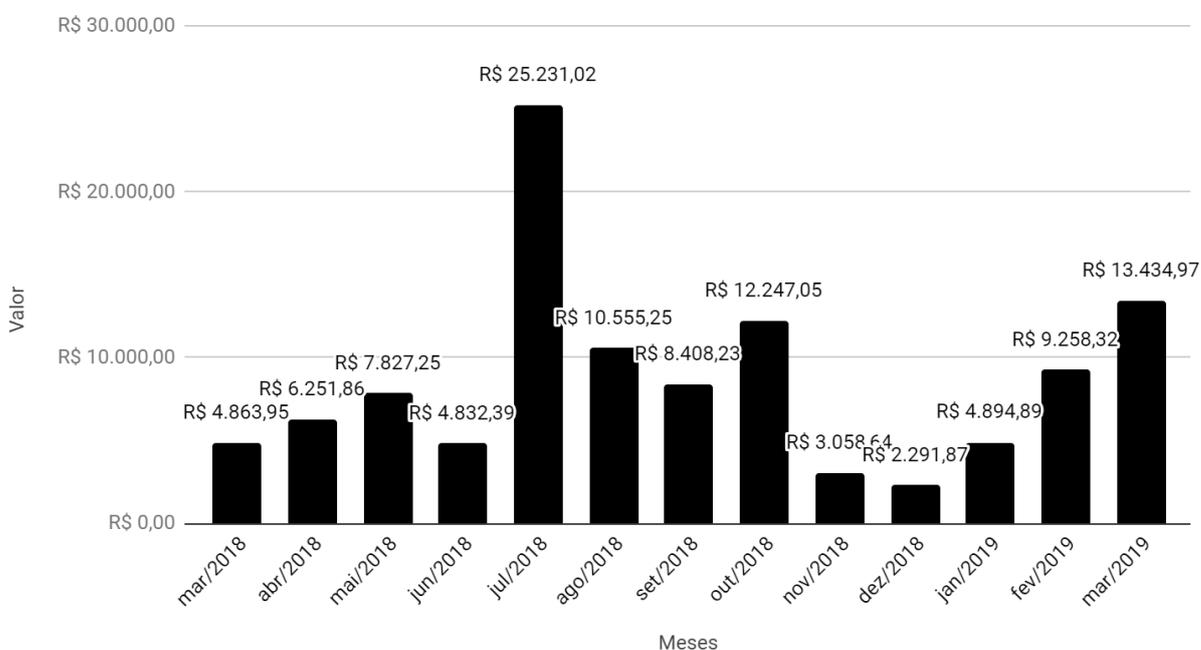
Realizando a análise da Tabela 16, há dois meses que o valor pretendido para faturamento é acima de 300 mil, é o mês de julho/2018 e março/2019, e comparando com as análises da Figura 8, é possível averiguar que são os meses que possuem a maior quantidade de perda financeira, sendo de R\$ 25.231,02 o mês de julho/2018, e de R\$ 13.434,97 o mês de março/2019.

A justificativa da perda financeira alta do mês de julho/2018 já foi debatida anteriormente, mas possui relação com os reagendamentos das cirurgias, onde pode ter ocorrido a dificuldade de comunicação com os pacientes.

O que seria uma justificativa para o mês de março/2019 ter uma perda financeira alta também, é porque foram agendados uma quantidade maior de pré-operatórios de catarata, sendo assim, proporcionalmente houve uma quantidade maior de faltas, prejudicando o faturamento total do mês de março/2019.

O mês que houve a menor perda financeira, e pode ser observado na Figura 8, foi o mês de dezembro/2018, com apenas R\$ 2.291,87, isso se deve também, porque a quantidade de atendimentos foi menor comparado aos outros meses, e também houve apenas uma falta na cirurgia de facoemulsificação.

Figura 8 - Perdas Financeiras em 13 meses



Fonte: As autoras (2019).

Outra análise que pode ser verificada é que do mês de dezembro/2018 até o mês de março/2019 houve um aumento considerável de perdas financeiras correlacionadas com o absenteísmo, e a diferença monetária chegou a R\$ 11.143,10. Sendo percebido na Figura 8 o aumento representativo dessa perda, mês a mês.

4.4.7 Perda Financeira Acumulada (Simulação)

Outro estudo de perda financeira que pode ser observado é por meio da análise acumulativa do absenteísmo (cascata financeira), isto é, a quantidade de absenteísmo apresentado em um procedimento ou consulta, que afeta todo o processo seguinte, causando uma perda financeira maior.

Ao analisar as tabelas a seguir, observar que as consultas de refração foram consideradas pela metade da quantidade de faltas de cada consulta ou

procedimento estudado, pois para realizar essa consulta é necessário que o paciente realize a cirurgia de ambos os olhos.

No processo de pré-operatório a quantidade de faltas constatadas foram de 50, gerando o valor de perda financeira de R\$ 5.266,00, conforme demonstrado na Tabela 8. Ao realizar a análise acumulativa dos processos seguintes, sendo elas, cirurgia de facoemulsificação (R\$ 778,53) por paciente faltante, com apenas um pós-operatório (R\$ 10,00) e o de uma consulta de refração (R\$ 48,35), multiplicando pela quantidade de faltas, que são 50, o valor da perda será de R\$ 40.635,25, como pode ser visto na tabela 17. Sendo que o maior valor gerado é sobre a cirurgia de facoemulsificação.

Tabela 17 - Perda Financeira Acumulativa Pré-Operatório

	Facoemulsificação	Pós-Operatório	Refração	Total
Faltas	50	50	25	-
R\$	38.926,50	500,00	1.208,75	40.635,25

Fonte: As autoras (2019).

Na Tabela 18, pode-se verificar também o acumulativo do absenteísmo acontecer sobre a cirurgia de facoemulsificação. Conforme já analisado na Tabela 10, houve no período analisado, 68 faltas na cirurgia, que acabou gerando uma perda financeira de R\$ 52.904,04. Com as faltas na cirurgia de facoemulsificação, os processos posteriores foram afetados também, como uma consulta de pós-operatório (R\$ 10,00) e também uma refração (R\$ 48,35), fazendo com que o prejuízo financeiro seja de R\$ 2.323,90.

Tabela 18 – Perda Financeira Acumulativa Facoemulsificação

	Pós-Operatório	Refração	Total
Faltas	68	34	-
R\$	680,00	1.643,90	2.323,90

Fonte: As autoras (2019).

Averigua-se que na Tabela 12, houve uma quantidade de faltas de 19 pacientes, diminuindo o faturamento em R\$ 190 durante o período analisado.

Porém, com essa quantidade de faltas, acaba impactando o próximo processo, que é o de consultas de refração (R\$ 48,35). O prejuízo financeiro apresentado por meio desse acumulativo de absenteísmo do pós-operatório é de R\$ 483,50.

Tabela 19 – Perda Financeira Acumulativa Pós-Operatório

	Refração	Total
Faltas	10	-
R\$	483,50	483,50

Fonte: As autoras (2019).

Ao observar o impacto financeiro causado pelos acumulativos de cada procedimento, verifica-se a perda de R\$ 43.442,65, que pode ser verificado na Tabela 20. Sendo que o processo acumulativo que mais gera impacto é o de Pré-Operatório, por conta do valor do procedimento de facoemulsificação e todos os procedimentos seguintes que serão impactados.

Tabela 20 – Perda Financeira Acumulada Total

	Acumulativo Pré-Operatório	Acumulativo Facoemulsificação	Acumulativo Pós-Operatório	Total
R\$	40.635,25	2.323,90	483,50	43.442,65

Fonte: As autoras (2019).

4.4.8 Resultado Final

Após as análises individuais das perdas financeiras geradas pelo absenteísmo individual de cada procedimento, como também o acumulativo das perdas posteriores, é necessário avaliar o valor total dos danos financeiros.

Como podem ser observados na Tabela 21, os valores das perdas financeiras em relação ao absenteísmo são de R\$ 113.115,69, e das perdas financeiras acumulativas gerou o valor de R\$ 43.442,65, somando as duas respectivamente, gera o montante de R\$ 156.558,34.

Tabela 21 – Perda Financeira Total

	Total
Perdas Financeiras (Absentéismo)	R\$ 113.115,69
Perdas Financeiras Acumulativas	R\$ 43.442,65
Perdas Financeiras Totais	R\$ 156.558,34

Fonte: As autoras (2019).

A Tabela 22 demonstra as perdas financeiras, o valor faturado e o pretendido que a clínica analisada teve no período de 13 meses, analisando tanto o absenteísmo dos pacientes, quanto o efeito acumulativo gerado pelo absenteísmo, discutido no subtítulo anterior. O valor pretendido pela clínica era de R\$ 2.505.927,74, porém o valor faturado foi de R\$ 2.349.369,46, ou seja, 93,75% do percentual desejado. E as perdas financeiras totais foram de R\$ 156.558,34, representando 6,25% da demonstração final, sendo esse o dano causado pelo absenteísmo na clínica analisada.

Tabela 22 – Demonstração Final (Resumida)

	Total	Percentual
Perdas Financeiras Totais	R\$ 156.558,34	6,25%
Valor Faturado	R\$ 2.349.369,46	93,75%
Valor Pretendido	R\$ 2.505.927,74	100%

Fonte: As autoras (2019).

4.5 Melhorias

Mesmo considerando que o valor de absenteísmo corresponda a 6,25% do valor total pretendido, a clínica ainda está perdendo dinheiro durante o processo, se fossem aplicadas algumas melhorias, poderia haver uma diminuição no absenteísmo.

Um dos meses que mais tiveram absenteísmo foi o mês de julho/2018, e também foi o mês que teve a maior perda financeira, com o valor estimado de R\$ 25.231,02. A principal justificativa, conforme já relatado, foi que o cirurgião não

pôde comparecer para realizar as cirurgias no mês de junho/2018, sendo assim, os funcionários da clínica tiveram que ligar para todos os pacientes agendados para efetuar a transferência do agendamento para o mês subsequente, o mês de julho/2018. Mas ao realizar a análise desse acontecimento, foi possível identificar que ao realizar a transferência houve falhas de comunicação, já que eram muitos pacientes para efetuar ligações. Outro desafio durante o processo, é que muitos pacientes não foram avisados, pois os telefones informados no momento do cadastro foram escritos de maneira errada, não conseguindo entrar em contato com o paciente. Nessa questão de agendamentos há duas sugestões:

- 1) Programar de maneira organizada a agenda de cirurgias com o médico cirurgião, para que não ocorra o incidente descrito anteriormente. Dessa forma, não terá gastos excedentes com a conta de telefone, irá diminuir o descontentamento dos pacientes, principalmente porque muitos são idosos, e necessitam de acompanhante.
- 2) O funcionário que realizar o agendamento das cirurgias, no momento de solicitar o número de telefone para colocar na tabela repetir ou solicitar para o acompanhante que pronuncie o telefone corretamente.

Também para evitar desorganização e consequentes faltas é recomendado realizar o agendamento das cirurgias o mais próximo possível da data do procedimento cirúrgico, pois muitos pacientes esquecem, ou perdem o termo de consentimento da cirurgia onde é descrito data, horário e local do procedimento, entre outros imprevistos gerados.

Um método observado que funciona e poderia continuar sendo aplicado na clínica, é realizar ligações no final do expediente para os pacientes faltantes do dia. Esse processo atualmente só acontece nas consultas de pré-operatório, pois é a consulta pré-cirúrgica, ou seja, sem essa consulta o paciente não poderá prosseguir ao processo cirúrgico, e com isso não há o recebimento do maior valor financeiro. Porém, uma melhoria relacionada a esse método, seria realizar ligações para todos os pacientes faltantes do dia, combinando uma próxima data mais próxima para realizar a consulta, dessa forma, diminuirá o absenteísmo da clínica.

A clínica analisada possui um esquema de ligação para o retorno de pacientes, e essa mesma organização poderia ser utilizada também em outros processos, como por exemplo, nos agendamentos de pré-operatório de pacientes

que precisam operar o segundo olho, pois muitas vezes a SMS, que atualmente é responsável por essa função, não consegue atingir o objetivo de ligar para todos os pacientes ou esquecem alguns pacientes no decorrer, sendo que muitos usuários podem ficar sem a segunda cirurgia dentro de 30 ou 40 dias, que é o recomendado.

Além de deixar a função de ligação para os pacientes com a clínica, também seria pertinente elaborar um POP – Procedimento Operacional Padrão – para deixar descritas as atividades, caso o funcionário responsável esteja ausente.

O exame de ultrassonografia que pode ser solicitado pelo médico, deveria acontecer no mesmo dia que o paciente comparece à clínica para realizar o pré-operatório e os exames complementares, diminuindo assim os riscos do absenteísmo, especialmente porque os pacientes que realizam a facoemulsificação são idosos, e possuem problemas de locomoção ou necessitam da presença de um acompanhante, e outro desafio que poderia ser evitado é o esquecimento da data da ultrassonografia. E todos esses problemas descritos, conseqüentemente podem acarretar na diminuição das cirurgias.

Além dessas estratégias, seria importante a clínica criar metas e indicadores para gerir qual seria o índice aceitável de faltas em um mês, por exemplo. Com isso, pode-se estudar a quantidade de faltas no período, talvez entender o porquê está ocorrendo, e com isto, utilizar métodos como os sugeridos para diminuir o absenteísmo dos usuários desde a primeira consulta, passando pela cirurgia, até a consulta de refração, que teoricamente seria a última consulta deste processo cirúrgico.

Se as medidas sugeridas forem adotadas, com o foco de melhorar continuamente o processo e a diminuição do percentual de absenteísmo constantemente, a clínica poderá atender a capacidade máxima de pacientes estabelecido pela SMS, e dessa forma, melhorar os resultados no faturamento.

No quadro a seguir, será exposto de forma resumida os desafios, as ações de melhoria e a importância da aplicação da sugestão no contexto estudado.

Quadro 1 - Sugestões de Melhorias

Desafios	Ações	Justificativa da ação
Qualquer funcionário realiza os agendamentos dos procedimentos	Elaboração de POP	Padronização das atividades na ausência do funcionário responsável.
Falta de organização na agenda	Organizar com antecedência a agenda cirúrgica em conjunto com o médico cirurgião	Evitar ocorrer conflitos de datas e com isso ter que reagendar um grande número de pacientes.
Falhas na comunicação	Confirmar o número de telefone do paciente e pedir para que o mesmo repita	Alguns números telefônicos são entendidos e escritos erroneamente, impedindo o contato, caso necessário.
Agendamento da cirurgia com muita antecedência	Realizar, se o possível, o agendamento das cirurgias mais próximo da data do procedimento cirúrgico	Muitos pacientes esquecem, acabam perdendo o termo onde está descrito data e horário, entre outros imprevistos.
Não agendamento da segunda cirurgia de catarata	A própria clínica realizar essa função, ligando para os pacientes que precisam operar o segundo olho. Tirando essa responsabilidade da SMS	Devido a demanda, muitos pacientes que precisam operar os dois olhos, operam somente um e acabam não sendo chamados pela SMS para realizar a outra cirurgia no período de 30 a 40 dias, que seria o correto.
Agendamento do exame de ultrassonografia em uma outra data	Realizar o exame de ultrassonografia no mesmo dia do pré-operatório	Evitar esquecimento da data do exame e consequentemente uma cirurgia a menos, já que sem ele não há como realizar a cirurgia de catarata.
Falta de metas e indicadores	Criar metas e indicadores para gerir qual seria o índice aceitável de faltas em um mês, por exemplo	Estudar a quantidade de faltas no período, talvez entender o porquê estão ocorrendo, e com isto, utilizar métodos como os sugeridos para diminuir o absenteísmo no processo de cirurgia de catarata.

Fonte: As Autoras (2019).

5 CONCLUSÃO

Absenteísmo é o não comparecimento do paciente em um procedimento previamente agendado, sem nenhuma justificativa (Bittar *et al.* 2016). O Sistema Único de Saúde sofre muito por conta disso, principalmente por essas faltas causarem desperdícios de recursos públicos, aumento das filas e também do tempo de espera (GONÇALVES, 2014).

O presente trabalho teve como objetivo analisar a quantidade de perdas financeiras no faturamento de uma clínica do norte de Santa Catarina que presta serviço a SMS, analisando o absenteísmo dos usuários do SUS, no período de março de 2018 a março de 2019.

Por meio dos dados coletados, foi possível verificar o absenteísmo dos pacientes na clínica estudada, mapear a demanda prevista de consultas e procedimento cirúrgico de catarata e verificar se a demanda esperada realmente foi atingida.

Através das informações geradas, pôde-se verificar que nem toda demanda que foi planejada realmente foi executada, pois houve uma porcentagem de absenteísmo dos usuários de 6,25%. Se convertido esse percentual em valor financeiro é possível analisar de forma mais clara, o absenteísmo causou uma perda financeira de R\$ 156.558,34, sendo que esse valor poderia ser investido em melhorias na instituição ou destinado a contas a pagar.

Ao comparar os valores pagos pelo SUS de uma facoemulsificação, que possui o valor de R\$ 778,53, com quantia paga por pacientes particulares, que é em torno de R\$ 3.500, é possível verificar a discrepância dos valores, mesmo sendo utilizados materiais iguais para cirurgia. Ou seja, para se faturar o valor de uma cirurgia particular, a clínica deverá operar em média cinco olhos pelo Sistema Público.

Com base nesses dados pode-se verificar que ao prestar serviço para a SMS, a clínica estudada perde valor financeiro, não somente pelas faltas dos pacientes, mas também porque a tabela de valores de procedimentos do SUS está defasada há anos.

Para mudar essa situação, e tanto a clínica quanto a SMS não serem prejudicadas, é necessário adotar medidas para diminuir o absenteísmo, como

atualizar a tabela SIGTAP (função que cabe ao governo); organizar a agenda cirúrgica em conjunto com a do cirurgião para que não haja conflitos de horários, e cirurgias não precisarem ser canceladas. Entre outras sugestões, como foi descrito anteriormente.

Outro ponto a destacar é que muitos dados coletados que estão inseridos nos arquivos e tabelas de controle interno da clínica podem estar com informações discrepantes, não se obtendo assim exatidão entre pacientes agendados e presentes. Por esse motivo, impossibilita a coleta de dados de forma precisa e com resultados exatos, porém com a aproximação necessária da realidade o que justifica ações de melhorias.

Para que se tenha uma pesquisa com resultados mais abrangentes, com o período analisado mais prolongado, e tendo conhecimento prévio do ambiente pesquisado por meio deste trabalho de conclusão de curso, sugere-se, se for de interesse acadêmico, a continuação do estudo do absenteísmo na clínica.

Dado o exposto, conclui-se que o absenteísmo dos pacientes é algo que traz prejuízos tanto para o SUS, por conta do desperdício financeiro e aumento da demanda, quanto para a sociedade em geral, pois esse absenteísmo impede que outros pacientes sejam agendados, gerando assim aumento das filas. E principalmente ao prestador de iniciativa privada, que oferece serviço ao Sistema Público, sofrendo danos, principalmente financeiros, assim como foi apresentado por meio deste trabalho.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **O que é uma APAC - Autorização de Procedimento Ambulatorial? (RESSARCIMENTO AO SUS).**

Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=operadora&resposta=1558&historico=19660661>. Acesso em: 15 abr. 2019.

ALVES, Fábio. **Como calcular o Faturamento Bruto e Líquido da Empresa?**

2014. Disponível em: <<https://industria hoje.com.br/como-calcul ar-o-faturamento-bruto-e-liquido-da-empresa>>. Acesso em: 24 out. 2018.

ÁVILA, Marcos; ALVES, Milton Ruiz; NISHI, Mauro. **As condições de saúde ocular no Brasil.** Disponível em:

<http://www.cbo.net.br/novo/publicacoes/Condicoes_saude_ocular_IV.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

BALDUINO, Luciano. **Oftalmologia.** Disponível

em:<<http://clenicatobias.com.br/areas-da-medicina-ampliadas-pela-antroposofia/oftalmologia/>>. Acesso em: 04 out. 2018

BALZAN, Márcio Vinicius. **O perfil dos recursos humanos do setor de faturamento e seu desempenho na Auditoria de contas de serviços médico-hospitalares.** Disponível em:

<<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4716/1200000513.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BASTIANI, Jeison Arenhart de. **Plano de ação: Planejamento, Execução, Conclusão.** Disponível em: <<https://blogdaqualidade.com.br/plano-de-acao-planejamento-execucao-e-conclusao/>>. Acesso em: 09 abr. 2019.

BITTAR, Olimpio J Nogueira V *et al.* **Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo.** Disponível

em:<http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/outras-publicacoes-e-analises/absenteismo_ambulatorial.pdf>. Acesso em: 26 set. 2018.

BOURNE, Rupert R A *et al.* Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Glob Health** 2017, New York, v. 5, n. 9, p.888-897, set. 2017. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28779882>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>> Acesso em: 05 set. 2018.

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**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundo Nacional de Saúde. Gestão financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/Publicacoes/Manual_Gestao_Fin_SU_S.pdf>. Acesso em 07 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.034, de 5 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010_rep.html>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.037, de 14 de novembro de 2017. Altera valores de procedimentos oftalmológicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece o remanejamento de recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação-FAEC para Componente Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a serem incorporados aos Estados e Distrito Federal**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3037_17_11_2017.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, 2008. Disponível em <http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/10_02_2010_9.51.16.41f407d83e652672c75ce698959edca9.pdf>. Acesso em 11 de fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. Brasília, 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/normas_montar_centro_.pdf>. Acesso em: 03 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oftalmologia**. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/oftalmologia>>. Acesso em: 04 out. 2018.

BOSSERT, Thomas *et al.* **Decentralization of health systems in Latin America**. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2000.v8n1-2/84-92/en>>. Acesso em: 12 set. 2018.

CAMARGO, Renata Freitas de. **Previsão de demanda e sua importância no fluxo de caixa e orçamento empresarial**. Disponível em: <<https://www.treasy.com.br/blog/previsao-de-demanda/>>. Acesso em: 09 abr. 2019.

CANUT, Leticia. **Direito Sanitário: O SUS e a relação saúde complementar X saúde suplementar**. Disponível em: <<http://odireitosanitario.blogspot.com/2012/02/o-sus-e-relacao-saude-complementar-x.html>>. Acesso em: 24 out. 2018.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2018.

CINTRA, Fabiano Renato *et al.* **A informação do setor de faturamento como suporte à tomada de decisão: um estudo de caso no Hospital Universitário da UFGD**. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2013.v18n10/3043-3053/>>. Acesso em: 04 out. 2018.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. **CBO e IABP Divulgam Material Educativo sobre o Dia Mundial da Visão**. Disponível em: <<http://www.cbo.net.br/novo/publico-geral/diamundialdavisao.php>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO N° 1.638/2002**: Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm>. Acesso em: 31 out.2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE. **Legislação do SUS.**

Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf>. Acesso em: 03 out. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE. **Valores de Remuneração do Contrato.** Disponível em:

<<https://www.conass.org.br/guiainformacao/valores-de-remuneracao-do-contrato/>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Participação da iniciativa privada na saúde: saúde complementar e saúde suplementar.**

Disponível em:

<http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/saudesuplementar/1/frames/fr_saudecomplementar.aspx>. Acesso em: 31 out. 2018.

COSTA, Liana Fortunato; BRANDÃO, Shyrlene Nunes. **Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora.** Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27042.pdf>>. Acesso em: 03 out.2018.

DUARTE, Elisete; EBLE, Leticia Jensen; GARCIA, Leila Posenato. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 27, n. 1, p.1-2, mar. 2018. Instituto Evandro Chagas. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100018>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da Pesquisa Científica.**

Disponível em: <http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/lapnex/arquivos/files/Apostila_-_METODOLOGIA_DA_PESQUISA%281%29.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

FRANÇA, Artur; GIUSTINA, Ana Paula Della. **Defasagem do Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos (SIGTAP) – Sistema Único de Saúde.** Disponível em:<<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/10/ARTUR-FRAN%C3%87A.pdf>>. Acesso em 07 out. 2018.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa.**

Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, Claudia Angela *et al.* **Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação.** São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0449.pdf>>. Acesso em 26. set. 2018.

GUIMARÃES, Rafaela Bittencourt Mattos *et al.* **Sistemas de Informação de Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS.** Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/sistemas_informacao_atencao_saude_contextos_historicos.pdf>. Acesso em: 07 out. 2018.

JOINVILLE. Secretaria da Saúde. **Portaria Nº 122, 21 de setembro de 2016.** Dá nova redação à Portaria SEI 123/2015/SMS, referente a gestão e administração das filas de espera por procedimento de saúde, conforme Central Macrorregional de Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde em Joinville. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/public/portalam/pdf/jornal/b0dba631b6b82666f885affb82c58999.pdf>>. Acesso em 15 ago. 2018.

LIMA, Erika. **Faturmedica: Rotinas Administrativas em Faturamento Médico - Hospitalar à Operadoras de Planos de Saúde.** 1 ed. Copyright 2007, 2010. 198 p.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de Marketing: Uma Orientação Aplicada.** Disponível em: <<https://proflam.files.wordpress.com/2011/05/resumo-livro-malhotra.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2018.

MARQUES, Sueli Maria Fernandes. **Manual de Auditoria de Contas Médicas.** Rio de Janeiro: MedBook, 2015.

MATTA, Gustavo Correa *et al.* **Educação e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário: Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro:, 2007. p. 284. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

MAURIZ, Clarice *et al.* **FATURAMENTO HOSPITALAR: UM PASSO A MAIS. Revista Inova Ação**, Teresina, v. 1, n. 1, p.38-44, Junho 2012. Disponível em: <<http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/inovaacao/article/view/479/pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2019.

MV Informática Nordeste Ltda. **Como diminuir o absenteísmo da população em consultas e exames?**. Disponível em: <<http://www.mv.com.br/pt/blog/como-diminuir-o-absenteismo-da-populacao-em-consultas-e-examesr>>. Acesso em: 11 fev. 2019.

OLESKOVICZ, Marcelo *et al.* **Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde**. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n5/0102-311X-csp-30-5-1009.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2009.

PALMA, Edinalva Aparecida. **Absenteísmo**. Disponível em: <<http://edinalvaap2.blogspot.com/2013/10/absenteismo.html>>. Acesso em: 26 set. 2018.

RAIFUR, Sonia Kos *et al.* **Repasse do SUS vs custo dos procedimentos hospitalares: É possível cobrir os custos com o repasse do SUS?**. Disponível em: <<https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/viewFile/4026/4027>>. Acesso em: 07 out. 2018.

RAMPAZZO, Lino. **Metodologia Científica para alunos dos cursos de graduação e pós graduação**. 3ª edição. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

ROCHA, Erico. **O Que É O Faturamento de Uma Empresa?** 2018. Disponível em: <<https://www.ignicaodigital.com.br/o-que-e-faturamento-de-uma-empresa/>>. Acesso em: 24 out. 2018.

SÁ, Douglas. **Diferença entre consultórios, clínicas e centros médicos**. Disponível em: <<http://blog.imedicina.com.br/diferenca-entre-consultorios-clinicas-e-centros-medicos/>>. Acesso em: 03 out. 2018.

SALU, Enio Jorge. **Gestão do Faturamento a Auditoria de Contas Hospitalares**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

SECRETARIA DA SAÚDE DO PARANÁ. **Sanitária - Serviços - Estabelecimentos de Saúde - Código sanitário do Paraná**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=665>>. Acesso em: 03 out. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Prestação de Contas: 1º Quadrimestre 2018.** Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-de-Presta%C3%A7%C3%A3o-de-Contas-em-Sa%C3%BAde-do-Munic%C3%ADpio-de-Joinville-1%C2%BA-quadrimestre-de-2018.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

SILVA, Luís Carlos de Paula et al. **O faturamento hospitalar: quem cuida conhece?** Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v. 15, n. 60, p.121-126, jul-set. 2013.

SILVA, Pedro Luiz da. **Faturamento Hospitalar: Produtos e Serviços.** Brasília: Senac DF, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CATARATA REFRACTIVA. **O Nascimento da Oftalmologia.** Disponível em: <<http://www.cirurgiadecatarata.org.br/museu/01nascimento.htm>>. Acesso em: 26 set. 2018.

SOARES, Leandro Queiroz; SILVA, Eduardo Ramos Ferreira. **Absenteísmo Docente em Instituição de Ensino Público.** Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2002-grt-773.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro.** Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>. Acesso em: 26 set. 2018.

VARGAS, Marcia Abelin; RODRIGUES, Maria de Lourdes Veronese. **Perfil da demanda em um serviço de oftalmologia de atenção primária.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbof/v69n2/a02v69n2.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

WEISS, Cristian Edel. **Em cada cinco consultas médicas agendadas, um paciente falta e gera prejuízo de R\$13,4 milhões em SC.** Disponível em: <<http://cbndiario.clicrbs.com.br/sc/noticia-aberta/em-cada-cinco-consultas-medicas-agendadas-um-paciente-falta-e-gera-prejuizo-de-r-134-milhoes-em-sc-189890.html>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Blindness and visual impairment.** Disponível em: <<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

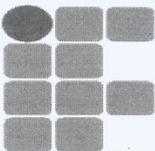
APÊNDICE A – Modelo de Coleta de Dados Consulta

	mar/2018	abr/2018	mai/2018	jun/2018	jul/2018	ago/2018
Presentes Presentes						
Demanda Faltante						
Pacientes Agendados						
% de Falta						

APÊNDICE B – Total das Perdas pelo Absenteísmo nas Consultas

	mar/2018	abr/2018	mai/2018	jun/2018	jul/2018	ago/2018
Presentes Presentes						
Demanda Executada (R\$)						
Demanda Faltante						
Demanda Faltante (R\$)						
Pacientes Agendados						
Pacientes Agendados (R\$)						
% de Falta						

ANEXO A – Autorização da Empresa

	<p>MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA. CAMPUS JOINVILLE COORDENAÇÃO DA ÁREA DE SAÚDE E SERVIÇOS COORDENAÇÃO DO CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR</p>
---	---

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Por meio do presente instrumento, solicitamos à **Denise da Silva**, autorização para realização da pesquisa integrante do Trabalho de Conclusão de Curso das acadêmicas **Amanda Cristina Ramos de Oliveira e Kahuanu Baroni da Costa**, orientadas pelo **Profº Jorge Cunha**, tendo como título preliminar **A ANÁLISE DO ABSENTEÍSMO NOS SERVIÇOS PRESTADOS EM UMA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DO NORTE DE SANTA CATARINA EM 2018**.

A coleta de dados será feita por meio de **Pesquisa de campo**.

A presente atividade é requisito para a conclusão do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Santa Catarina – Campus Joinville. Igualmente, assumimos o compromisso de utilizar os dados obtidos somente para fins científicos, bem como de disponibilizar os resultados obtidos na pesquisa, juntamente com o Trabalho de Conclusão de Curso, a esta instituição.

Joinville, 10 de setembro de 2018.

Amanda Ramos / Kahuanu B. da Costa

Amanda C.R. de Oliveira/

Kahuanu B. da Costa

Acadêmicas

Prof. Jorge Cunha, Msc
Professor do CST em Gestão Hospitalar
IFSC - Campus Joinville
Matrícula - 1850592

Jorge Cunha
Prof. Jorge Cunha

Orientador

Deferido ()

Indeferido ()

Denise da Silva
Clínica de Oftalmologia e Corneia do IFSC
CNPJ: 06.365.912/0002-39

Instituição Pesquisada