

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO
DE ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS

Fabricio Varoni de Oliveira

**ANÁLISE DO CUSTO ECONÔMICO DO ABSENTEÍSMO DE
CONSULTAS NO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Santa Maria, RS
2019

Fabricio Varoni de Oliveira

**ANÁLISE DO CUSTO ECONÔMICO DO ABSENTEÍSMO DE CONSULTAS NO
AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas**.

Orientador: Prof. Dr. Reisoli Bender Filho

Santa Maria, RS
2019

de Oliveira, Fabricio Varoni
ANÁLISE DO CUSTO ECONÔMICO DO ABSENTEÍSMO DE CONSULTAS
NO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA / Fabricio Varoni de
Oliveira.- 2019.
169 f.; 30 cm

Orientador: Reisoli Bender Filho
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, RS, 2019

1. Absenteísmo. 2. Custo Econômico. 3. Ambulatório de
Atenção Psicossocial. 4. HUSM. I. Bender Filho, Reisoli
II. Título.

Fabricio Varoni de Oliveira

**ANÁLISE DO CUSTO ECONÔMICO DO ABSENTEÍSMO DE CONSULTAS NO
AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas**.

Aprovado em 28 de junho de 2019

Reisoli Bender Filho, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Elaine Verena Resener, Dr^a. (UFSM)

Wendel Mombaque dos Santos, Dr. (EBSERH)

Kelmara Mendes Vieira, Dr^a. (UFSM)

Santa Maria, RS
2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, com todo o meu amor, aos meus pais, Érico e Nely

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de alguma maneira contribuíram com este estudo, especialmente:

- A Deus, pela saúde e por todas as bênçãos concedidas;
- Ao professor Reisoli Bender, que acreditou na proposta e me apoiou em todos os momentos.
- À minha esposa Tatiane, pelo amor e por estar sempre ao meu lado.
- Ao meu filho João Lucas, pela alegria e parceria.
- Aos colegas da “Ala Subversiva”, Miele Rodrigues, Douglas Flores, Ricardo Bonfanti e João Pedro Santos, pela amizade e colaboração;
- Aos colegas do Setor de Estatística do HUSM, Luciane Rubin, Mareli Lorenzoni, Mírian Vieira e Atze Azambuja, pela amizade e incentivo constante.
- Às colegas da Superintendência, Dani e Eleanara, pelo auxílio e incentivo.
- Ao colega Júlio Simi, pela descontração e incentivo.
- Ao colega Wendel Mombaqué, pelo incentivo e colaboração.
- Aos colegas do Ambulatório de Atenção Psicossocial Eliara, Ana e Augusto, pelo auxílio sempre fraterno.
- Às colegas da Unidade de Pesquisa Clínica, Alexsandra e Helena pela paciência.

“Eu não sou pobre, eu sou sóbrio, de bagagem leve. Vivo com apenas o suficiente para que as coisas não roubem minha liberdade.”

José Mujica

RESUMO

ANÁLISE DO CUSTO ECONÔMICO DO ABSENTEÍSMO DE CONSULTAS NO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

AUTOR: Fabrício Varoni de Oliveira

ORIENTADOR: Reisoli Bender Filho

O absenteísmo ambulatorial pode ser conceituado como a ausência do usuário à consulta e/ou exame previamente agendado ou quando a instituição de saúde é comunicada, no entanto sem possibilitar a comunicação de um novo usuário à consulta e/ou exame não realizado. Considerando a capacidade limitada de atendimento e a escassez de recursos, os sistemas de saúde tem agravado suas condições decorrente destas situações. Cenário este que fundamentou o objetivo de mensurar o custo econômico com o absenteísmo ambulatorial de pacientes do Ambulatório de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no período 2015-2017. Este propósito foi atendido pela utilização do método de custo por absorção. Complementarmente, foram realizadas entrevistas com os agentes participantes do processo de agendamento e execução das consultas com o intuito de obter a percepção destes acerca do absenteísmo ambulatorial e suas repercussões econômicas. Em termos de resultados, a partir da alocação destes custos, obteve-se o quantitativo referente às perdas econômicas do absenteísmo que, em média, foi de R\$396 mil ao ano no triênio analisado para o AAPS/HUSM. No tocante ao custo unitário por consulta, os resultados evidenciaram que o custo médio por paciente agendado foi de R\$202,92 enquanto o custo médio por paciente atendido foi de R\$252,95. Como determinantes do absenteísmo, evidenciou-se principalmente aqueles relacionados aos usuários, com destaque ao esquecimento, a falta de consciência e ao descaso do usuário. Quanto ao controle do absenteísmo como suas repercussões nas receitas da instituição, embora o acompanhamento esteja sendo realizado por meio de relatórios, o nível informacional é assimétrico entre os agentes envolvidos no processo de agendamento e execução.

Palavras-chave: Absenteísmo. Custo Econômico. Ambulatório de Atenção Psicossocial. HUSM.

ABSTRACT

ANALYSIS OF THE ECONOMIC COST OF ABSENTEEISM OF CONSULTATIONS IN THE AMBULATORY OF PSYCHOSOCIAL ATTENTION OF THE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

AUTHOR: Fabrício Varoni de Oliveira

ORIENTER: Reisoli Bender Filho

Outpatient absenteeism can be considered as the absence of the user to the consultation and / or examination previously scheduled or when the health institution is communicated, however without allowing the communication of a new user to the consultation and / or examination not performed. Considering the limited capacity of care and the scarcity of resources, the health systems have aggravated their conditions due to these situations. This scenario was based on the objective of measuring the economic cost with the outpatient absenteeism of patients from the Psychosocial Care Outpatient Clinic of the University Hospital of Santa Maria (HUSM), in the period 2015-2017. This purpose was met by the use of the absorption cost method. In addition, interviews were conducted with the agents involved in the scheduling and execution of the consultations in order to obtain their perception about outpatient absenteeism and its economic repercussions. In terms of results, from the allocation of these costs, the quantitative data on the economic losses of absenteeism was obtained, which averaged R\$396 thousand per year in the triennium analyzed for AAPS / HUSM. Regarding the unit cost per appointment, the results showed that the average cost per scheduled patient was R\$202,92 while the average cost per patient served was R\$252,95. As determinants of absenteeism, there were mainly those related to users, with emphasis on forgetfulness, lack of awareness and lack of user. Regarding the control of absenteeism and its repercussions on the institution's revenues, although the monitoring is being carried out through reports, the informational level is asymmetrical among the agents involved in the scheduling and execution process.

Keywords: Absenteeism. Economic Cost. Psychosocial Attention Outpatient Clinic. HUSM.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Centros de Custos e sua definição	73
Quadro 2 – Classificação dos custos do AAPS e fórmulas de cálculo.....	74
Quadro 3 – Descrição dos itens de custo e respectivas fontes de dados	75
Quadro 4 – Síntese do processo analítico.....	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Valores aprovados em 2017 segundo natureza jurídica do prestador de serviço e complexidade dos procedimentos ambulatoriais realizados, em R\$ e em %	40
Tabela 2 – Valores aprovados em 2017 segundo natureza jurídica do prestador de serviço e complexidade dos procedimentos hospitalares realizados, em R\$ e em %	40
Tabela 3 – Série histórica de recursos REHUF destinados aos hospitais de ensino, em R\$.	42
Tabela 4 – Composição percentual da despesa pública total em saúde por esfera de governo, em %	47
Tabela 5 – Evolução percentual dos entes federativos na arrecadação total dos recursos à saúde – 2007 a 2016, em %	49
Tabela 6 – Distribuição percentual das fontes de financiamento do Ministério da Saúde, em %	50
Tabela 7 – Evolução das despesas do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde pública, de 2005 a 2016.	51
Tabela 8 – Participação dos gastos públicos e privados sobre o total de gastos em saúde em países selecionados, em %	52
Tabela 9 – Gasto tributário com saúde e impacto no PIB – 2002 a 2015 – em R\$ milhões* e em % PIB	53
Tabela 10 – Valores aprovados por internações, segundo ano de processamento das contas hospitalares e complexidade do procedimento principal, para o período 2010-2017, em R\$ e em %	63
Tabela 11 – Números do absenteísmo em consultas e exames no HUSM, entre 2015 e 2017.	65
Tabela 12 – Panorama das consultas agendadas dentre as 15 especialidades com maior número de agendamento, entre 2015 e 2017.	65
Tabela 13 – Produtividade das 15 especialidades que mais ofertaram primeiras consultas, no período de 2015 a 2017.	67
Tabela 14 – Produtividade das 15 especialidades que mais ofertaram consultas de retorno no período de 2015 a 2017.	68
Tabela 15 – Produtividade das 15 especialidades que mais ofertaram interconsultas, no período de 2015 a 2017.	69
Tabela 16 – Quantitativo de entrevistas segundo unidade e função	78
Tabela 17 – Absenteísmo no AAPS do HUSM segundo categoria profissional entre 2015 e 2017	83
Tabela 18 – Resultado do teste <i>t</i> para as médias de idade de usuários faltantes e atendidos	85
Tabela 19 – Resultado do teste <i>t</i> para a média de dias entre o agendamento e a consultas de usuários faltantes e atendidos	86
Tabela 20 – Relação dos 15 municípios que mais agendaram no AAPS e seus absenteísmos entre os anos de 2015 e 2017	88
Tabela 21 – Custo por paciente agendado no AAPS/HUSM entre 2015 e 2017, em R\$ e em %	89
Tabela 22 – Porcentagem de rateio utilizadas para o período de 2015 a 2017.	90
Tabela 23 – Custo por paciente no AAPS/HUSM entre período de 2015 a 2017, em R\$	92
Tabela 24 – Custo econômico do absenteísmo no AAPS/HUSM no período de 2015 a 2017, em R\$.	93
Tabela 25 – Fatores causais do absenteísmo segundo a perspectiva profissional.	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Rede de HUFs brasileiros e sua vinculação à EBSEH	43
Figura 2 – Gasto <i>per capita</i> segundo esfera de governo (2002-2015), em R\$.....	48
Figura 3 – Valor médio por internação, segundo contas aprovadas para o período 2010-2017, em R\$	62
Figura 4 – Caracterização da pesquisa	72
Figura 5 – Média de idade de usuários que compareceram e não comparecem à consulta no AAPS/HUSM entre 2015 e 2017, em anos.....	84
Figura 6 – Tempo médio entre o agendamento e a efetiva consulta no AAPS/HUSM entre 2015 e 2017, em dias	86
Figura 7 – Absenteísmo e agendamento de consultas no AAPS/HUSM em função do dia da semana, no período de 2015 a 2017, em %.....	87
Figura 8 – Relação entre absenteísmo e o volume de agendamento no AAPS/HUSM conforme horário de agendamento, no período de 2015 a 2017, em %.....	87

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O (A) CHEFE DA UNIDADE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	131
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS RECEPCIONISTAS DO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO HUSM.....	133
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A COORDENADORA DO SETOR DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE (SRAS).....	135
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS RESPONSÁVEIS PELA MARCAÇÃO DE CONSULTAS – SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SANTA MARIA E AGUDO	137
APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O/A RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS – 4ª CRS.....	139
APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA ASSISTÊNCIA	141
APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	143
APÊNDICE H – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	145
APÊNDICE I – RELAÇÃO DETALHADA DAS FÓRMULAS UTILIZADAS	147
APÊNDICE J – CUSTO DO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO HUSM ENTRE 2015 E 2017, EM R\$ E EM %.....	149

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA EMITIDA PELO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	151
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA EMITIDA PELA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA	153
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA EMITIDA PELA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE	155
ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA EMITIDA PELA PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUDO	157

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

4ª CRS	4ª Coordenadoria Regional de Saúde
AAPS	Ambulatório de Atenção Psicossocial
AECs	Avaliações econômicas completas
AEPs	Avaliações econômicas parciais
AES	Análise econômica em saúde
AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANFIP	Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APURASUS	Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS
ASPS	Ações e serviços públicos de saúde
CAPs	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CF/1988	Constituição Federal de 1988
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC n. 29/2000	Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000
EC n. 95/2016	Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FSE	Fundo Social de Emergência
HUFs	Hospitais Universitários Federais
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
MEC	Ministério da Educação
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PNGC	Política Nacional de Gerenciamento de Custos
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPA	Plano de Pronta Ação
PREV-SAÚDE	Plano Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCL	Receita corrente líquida

REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRAS	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
VCMH	Variação dos Custos Médico-hospitalares
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1. PROBLEMA DE PESQUISA.....	22
1.2. OBJETIVO.....	25
1.2.1. Objetivo Geral	25
1.2.2. Objetivos Específicos	25
1.3. JUSTIFICATIVA.....	25
1.4. ESTRUTURA DO TRABALHO.....	28
2. O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO	31
2.1. SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL ANTES DE 1988.....	31
2.2. CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	35
2.3. O FINANCIAMENTO DA SAÚDE: ORIGEM DOS RECURSOS.....	44
2.4. GASTO PÚBLICO EM SAÚDE.....	51
3. AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE	55
3.1. TÉCNICAS DE AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE.....	55
3.2. ABORDAGENS DE MENSURAÇÃO DO CUSTO NA ÁREA DE SAÚDE: ABSENTEÍSMO	58
4. HUSM: ESTRUTURA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	61
4.1. ESTRUTURA INSTITUCIONAL	61
4.2. ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL.....	64
5. METODOLOGIA	71
5.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA	71
5.2. MÉTODO DE CÁLCULO	73
5.3. O PROCESSO METODOLÓGICO	76
5.3.1. Etapa Quantitativa	77
5.3.2. Etapa Qualitativa	78
6. RESULTADOS	83
6.1. ANÁLISE DO ABSENTEÍSMO NO AAPS	83
6.2. ANÁLISE DO CUSTO DO ABSENTEÍSMO	89
6.3. ANÁLISE DOS FATORES CAUSAIS DO ABSENTEÍSMO E SUAS REPERCUSSÕES FINANCEIRAS SEGUNDO A PERSPECTIVA PROFISSIONAL	94
6.4 PROPOSTAS DE MELHORIA	101
7. CONCLUSÕES	105
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O (A) CHEFE DA UNIDADE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	131
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS RECEPCIONISTAS DO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO HUSM	133
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A COORDENADORA DO SETOR DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE (SRAS)	135
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS RESPONSÁVEIS PELA MARCAÇÃO DE CONSULTAS – SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SANTA MARIA E AGUDO	137
APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O/A RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS – 4ª CRS	139
APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA ASSISTÊNCIA	141

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	143
APÊNDICE H – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	145
APÊNDICE I – RELAÇÃO DETALHADA DAS FÓRMULAS UTILIZADAS.....	147
APÊNDICE J – CUSTO DO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO HUSM ENTRE 2015 E 2017, EM R\$ E EM %.....	149
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA EMITIDA PELO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA.....	151
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA EMITIDA PELA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA.....	153
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA EMITIDA PELA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE.....	155
ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA EMITIDA PELA PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUDO.....	157

1 INTRODUÇÃO

A universalização do acesso à saúde, instituída por meio da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), compõe um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal princípio, parte do reconhecimento de que a saúde é direito de todos e um dever do Estado, sendo que este deve garantir o acesso aos bens e serviços sem limitação ou impedimento (COSTA SOUSA, 2014).

Nesta linha, conforme Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (PNS), o acesso aos serviços médico-hospitalares, para 72% da população brasileira, é assegurado exclusivamente pelo SUS (IBGE, 2015). No entanto, em consequência do atual momento de crise financeira, surgem cada vez mais questionamentos a respeito da sustentabilidade dos sistemas de saúde, uma vez que muitas das decisões governamentais sinalizam para cortes e/ou contenção dos gastos, especialmente os gastos sociais, vistos por alguns, como descontrolados e causadores do *déficit* público (JABALERA MESA *et al.*, 2017; VIEIRA, 2016).

Neste contexto, independentemente do modelo de financiamento, os gastos com saúde tornaram-se fonte de preocupações, não só por representarem parcela significativa do Produto Interno Bruto (PIB), como também em virtude de os custos estarem aumentando, muitas vezes com incrementos superiores às taxas econômicas (PIOLA *et al.*, 2013). Segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, a variação dos custos médico-hospitalares (VCMH) para 12 meses com data-base em março de 2018, apesar da queda da taxa de inflação, que chegou a patamar de 2,7%, influenciada pela redução da atividade econômica, o VCMH foi de 16,9%, representando dessa forma a tendência de alta nos custos entre os fatores que compõem o índice (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE COMPLEMENTAR, 2018).

Cenário em que o reduzido desempenho da economia brasileira provocou reflexos na dinâmica da rede de serviços públicos de saúde, os quais foram perceptíveis por meio do aumento da demanda de cidadãos antes beneficiários de planos ou seguros privados de saúde. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entre março de 2017 e março de 2018, 272.797 beneficiários cancelaram seus planos ou seguros de saúde no Brasil, sendo 6.124 no Rio Grande do Sul, passando dessa forma, a utilizar o desembolso direto de valores no sistema privado, o sistema público de saúde ou ambos (BRASIL, 2019).

Logo, esta situação pode tencionar de forma excessiva a rede de saúde pública, marcada, principalmente nos níveis de especialidade, como ponto crítico de estrangulamento

no fluxo de pacientes. Dessa forma, os gestores do SUS, de um lado, convivem com uma grande pressão de demanda por estes recursos assistenciais, os quais não se conseguem responder adequadamente, gerando longas filas de espera para alguns procedimentos (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004) e; de outro, no âmbito hospitalar, inúmeras instituições desconhecem os custos incorridos em suas atividades por não utilizarem, ou até mesmo não dispõem, de informações geradas pelos sistemas de custos para subsidiar as decisões administrativas, o controle de atividades, bem como os investimentos (FALK, 2011; LEONCINE; BORNIA; ABBAS, 2012).

Embora a necessidade de apuração dos custos no âmbito da saúde pública seja de grande importância, o debate acerca de medidas que visem aumentar a eficiência do gasto, a fim de mudar a dinâmica das tradicionais modalidades de gestão e prestação de serviços, deve também ser considerado (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017). Assim sendo, a ociosidade e suas implicações no restante da rede de saúde devem ser igualmente contempladas, uma vez que o acesso universal à saúde não pode se resumir unicamente à lógica de expansão do sistema (TRISTÃO, 2016).

Nesta linha, o absentismo dos usuários nos serviços de saúde, tem sido pauta recorrente nos debates. Embora esse termo seja frequentemente utilizado para fazer referência à ausência dos profissionais em seu ambiente de trabalho, observa-se que, em estudos mais recentes (BOKSMATI, 2016; LIN *et al.*, 2016; VASCONCELLOS *et al.*, 2017), tem havido uma ampliação em sua aplicabilidade, estendendo-se também ao fenômeno das faltas dos usuários a compromissos previamente agendados nos serviços de saúde (OLESKOVICZ *et al.*, 2014).

Especificamente, o absentismo no sistema de saúde caracteriza-se pelo fato de o paciente não comunicar a instituição de saúde a respeito da impossibilidade de sua presença à consulta previamente agendada, podendo esta ser médica ou não-médica. Situação que tem seu impacto mais relevante em sistemas de saúde onde não há mecanismos reguladores de demanda, uma vez que permite solicitações ilimitadas de novas consultas (JABALERA MESA; MORALES ASENSIO; RIVAS RUIZ, 2015).

Entre os motivos para o absentismo estão a falha de comunicação (CIBULKA; FISCHER; FISCHER, 2012), mais de uma consulta no mesmo dia (PEREIRA-VICTORIO, 2016) e problemas com transporte (LONG *et al.*, 2016). Além desses motivos discutidos internacionalmente, estudos para o Brasil apontam a desatenção em relação à data da consulta, ter outro compromisso na mesma data, motivos econômicos (BENDER; MOLINA; MELLO,

2010) e agendamento em horário inoportuno (IZEC SOHN; FERREIRA, 2014) como motivos relevantes. No entanto, o esquecimento do paciente é relacionado de forma unânime nos estudos, tanto nacionais quanto internacionais (CRUTCHFIELD; KISTLER, 2017; FONSECA *et al.*, 2001; SANTOS, 2008).

Agravante a esses aspectos está o custo econômico, dado que as instituições de saúde estão sujeitas a custos que incorrem independentemente da oferta de serviços, sendo de fundamental importância à sustentabilidade financeira em que as mesmas definem seus processos assistenciais e gerenciais com a finalidade de equilibrar recursos e ações, além de eliminar desperdícios (CASTRO; CASTILHO, 2013). Dessa forma, a mensuração das perdas econômicas por desperdício de ociosidade configura-se como uma ação estratégica, sobretudo em estabelecimentos públicos voltados para o atendimento de usuários do SUS, os quais convivem com a contradição lógica da obrigação de atender muitos usuários ao mesmo tempo em que possuem espaços com capacidade produtiva real muito abaixo do recomendado (TRISTÃO, 2016).

Desta maneira, as consequências podem ser evidenciadas não somente no sistema de saúde, por meio da subutilização, diminuição da qualidade assistencial ou aumento das filas de espera, mas também para os pacientes, com possibilidade de degradação de seu estado de saúde, incremento de morbidades e diminuição da acessibilidade (JABALERA MESA *et al.*, 2017). Todavia, seus reflexos na atenção secundária são extremamente danosos, em virtude do potencial resolutivo deste nível de atenção e pelo seu alto custo econômico, decorrente da maior densidade tecnológica incorporada em seu processo de trabalho (SOLLA; CHIORO, 2014; PEREIRA-VICTORIO, 2016).

Condições em que a mensuração do custo econômico do desperdício por ociosidade não deve ser encarada como um instrumento de racionamento, mas como uma oportunidade de submeter os recursos escassos à racionalidade alocativa, ao mesmo tempo em que amplia o conhecimento acerca das falhas estruturais dos serviços de saúde, incentivando-os para que busquem o nível ótimo de produção e, dessa forma, diluam o máximo de custos fixos disponíveis (SANTOS *et al.*, 2014). Trata-se também da busca da ampliação dos benefícios para um número maior de usuários, uma vez que a provisão de recursos aos espaços ociosos significa, segundo a lógica do custo de oportunidade¹, na indisponibilidade destes mesmos

¹ O conceito de custo de oportunidade, conforme Iunes (2002), não nega a concepção de que a vida não tem preço, muito comum entre os profissionais da saúde, mas reconhece que ela tem um custo que se expressa também em termos da saúde de outras pessoas.

recursos à aplicação em outro programa, atividade ou equipamento (TOMA, 2012).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

O absenteísmo dos usuários dos serviços de saúde tem figurado entre os principais desafios da gestão hospitalar, visto que a demanda pelos serviços de saúde, resultado das mudanças demográficas, gera ainda mais pressão na estrutura setorial. No entanto, à medida que existe preocupação com a ampliação de serviços para suprir a demanda crescente, a subutilização apresenta-se como uma contradição lógica que gera sérias consequências financeiras para as instituições e para o sistema como um todo (TRISTÃO, 2016).

Sob a perspectiva dos recursos recebidos pelas instituições públicas que ofertam serviços especializados, a ausência do paciente representa importante impacto financeiro, uma vez que parte dos recursos que recebem são oriundos das ações e serviços de saúde efetivamente prestados (UGÁ; LIMA, 2013). Além da diminuição das receitas, outro reflexo negativo deste fenômeno é o aumento da subutilização das instalações e recursos humanos, que pode ser potencializada na falta de mecanismos que possibilitem a inclusão de outro usuário para ocupar a vaga ociosa.

Quanto ao sistema de saúde, a produção abaixo da capacidade instalada, principalmente no que se refere à atenção secundária², converte-se não somente na utilização ineficiente dos recursos alocados, mas também na sobrecarga em outros pontos do sistema, como na atenção básica e nos serviços de urgência e emergência.

Segundo Bender, Molina e Mello (2010), o absenteísmo na atenção secundária incorre em retrabalho na atenção primária em virtude de esta ser uma das responsáveis pelo ordenamento do fluxo de pacientes para os demais níveis de atenção. Dessa forma, o paciente que não comparece à realização de um procedimento ou consulta especializada, volta à unidade básica de saúde com o intuito de conseguir um novo referenciamento para a atenção especializada.

No que se refere a utilização de ações e serviços de saúde bucal na atenção secundária, Machado *et al.* (2015) identificaram que das 6.428 primeiras consultas odontológicas agendadas por usuários residentes em Belo Horizonte, Minas Gerais, em 2011, 32,9% não

² São espaços integrantes das redes de atenção à saúde onde ocorre a oferta de determinados serviços especializados, tendo densidade tecnológica intermediária entre os pontos de atenção primário (menor densidade tecnológica) e terciário (maior densidade tecnológica) (MENDES, 2010).

ocorreram em virtude da ausência do usuário. Igualmente, em estudo realizado em Florianópolis, utilizando-se do mesmo cenário, Dalri (2014) apontou que em 51% das consultas agendadas os usuários faltaram, podendo ser vinculada a maior taxa de faltas aos usuários em que o tempo entre marcação e a efetivação da primeira consulta foi mais elevado.

Na oferta de consultas e procedimentos das atenções primária e secundária, os indicadores convergem para a mesma problemática. Baseada no descompasso entre a opinião de usuários de Ribeirão Preto e o resultado de pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, Silveira (2013) evidenciou taxas de 32,4% de ausências no atendimento primário, 33,8% no ambulatório especializado não hospitalar e 19% no ambulatório especializado hospitalar.

Situação não diferente encontra-se no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), referência na média e alta complexidades para mais de um milhão de habitantes da 4ª e da 10ª Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul. Considerando o período compreendido entre os anos de 2015 a 2017, de um total de 612.878 consultas agendadas, 78.432 não ocorrem em virtude da ausência do usuário, correspondendo a uma taxa de ausências de 13%, ou uma média de 26.144 consultas não realizadas anualmente. Uma vez que no período, em média, 659 usuários foram atendidos por dia útil de trabalho, o total de consultas não-efetivas equivale a 39,6 dias úteis³ de atendimento por ano (HUSM, 2018).

Tal cenário revela-se preocupante, principalmente na área de atendimento especializado de média complexidade do SUS, marcado por deficiências oriundas não somente da expansão da atenção primária e da baixa resolutividade da mesma, mas também em virtude de dificuldades organizacionais relativas à regulação do fluxo de pacientes, dimensionamento e organização da oferta de serviços (BRASIL, 2015a; SOLLA; CHIORO, 2014).

Além desses aspectos, como apontado por Vieira (2017), as transferências financeiras para apoiar a organização e a eficiência do sistema, entre os anos de 2007 e 2016, diminuíram 86%, passando de R\$337,6 milhões para R\$48,1 milhões. Cenário em que se torna de fundamental importância o conhecimento do impacto financeiro oriundo da subutilização dos serviços ofertados e apresenta-se como importante fonte de informações à tomada de decisão tendo em vista a alocação eficiente dos recursos públicos.

³ Informações sobre consultas do HUSM: 78.432 consultas perdidas; 612.878 consultas agendadas; 525.901 pacientes efetivamente atendidos; 798 dias com registro de atendimento ambulatorial (HUSM, 2018).

Ainda, outro aspecto importante quanto ao absenteísmo está na perspectiva do tipo de consulta que o mesmo incide, uma vez que interfere diretamente na dinâmica de acesso aos serviços. Nesta perspectiva, a ausência dos pacientes em primeiras consultas, caracterizadas pelo primeiro contato dos usuários com a especialidade para o qual foram referenciados, influencia negativamente a inserção de novos pacientes aos cuidados especializados de saúde, aumentando o tempo de permanência destes em filas de espera (SHAH *et al.*, 2016), como também as chances destes pacientes procurarem serviços privados (LIMA; VENTURA; BRANDT, 2005; VIEIRA; LIMA; GAZZINELLI, 2015), pronto socorros (GONÇALVES, 2015) ou até mesmo acionarem o poder judiciário (GOMES *et al.*, 2014) para terem seus direitos atendidos.

Quanto ao absenteísmo em consultas de acompanhamento, sobretudo em sistemas desprovidos de mecanismos que assegurem uma eficiente regulação de fluxo de pacientes, a ocorrência desse problema pode originar o chamado “efeito velcro”, onde os usuários permanecem sob os cuidados das equipes por longos períodos, impondo, dessa forma, dificuldades para a inserção de novos pacientes (EVANGELISTA, 2016).

Associado a este cenário, o HUSM, a partir de outubro de 2017, implantou uma nova sistemática à reprogramação de consultas de retorno e interconsultas perdidas, tornando obrigatória a justificativa do paciente junto à secretaria municipal de saúde do município de origem, para que esta avalie o motivo da ausência e faça uma solicitação de reagendamento junto à instituição de saúde (HUSM, 2017a). Esta alteração no fluxo de remarcação de consultas e exames perdidos deve-se ao elevado número de faltas dos usuários, que conforme Bech (2005), pode comprometer os resultados clínicos do tratamento, sobretudo quando o êxito do tratamento está correlacionado com o tempo entre a referência e o efetivo atendimento, além de afetar diretamente as listas de espera para cuidados de saúde.

Entre os anos de 2015 e 2017, o HUSM apresentou aumento médio anual de 5,78% no número de consultas agendadas e 2,18% no número de pacientes que faltaram no período, representando um índice de 12,80% de não comparecimento em consultas e/ou exames ambulatoriais (HUSM, 2018). No entanto, quando é avaliado o número de faltas segundo a especialidade de atendimento, os dados apontam que, dentre as 15 especialidades médicas que mais agendaram consultas, o Ambulatório de Atenção Psicossocial (AAPS) teve maior índice de faltas, com média de 21,21% no período. Ponderando que o SUS reembolsa as instituições de saúde em R\$10,00, para cada consulta médica especializada realizada e, em R\$6,30 para cada consulta realizada por outros profissionais de nível superior na atenção especializada, o

reembolso de todas consultas realizadas no período implicam em receitas perdidas que totalizam R\$741.322,80, determinando um importante impacto financeiro à instituição.

Pautado neste cenário, de crescimento da demanda por serviços públicos de saúde, em um contexto de escassos recursos que se contrapõe aos gastos decorrentes da não utilização adequada dos serviços de saúde disponíveis, formulou-se problemática: Qual o custo econômico do absenteísmo de pacientes com consultas agendadas no Ambulatório de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário de Santa Maria?

1.2 OBJETIVO

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto econômico decorrente do absenteísmo do ambulatório de Atenção Psicossocial do HUSM, no período entre janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Avaliar o índice de absenteísmo de consultas do Ambulatório de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário de Santa Maria;
- b) Mensurar o custo unitário da consulta médica do Ambulatório de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário de Santa Maria;
- c) Analisar os fatores causais relacionados ao absenteísmo dos usuários em consultas especializadas e suas repercussões econômicas sob a perspectiva dos profissionais do HUSM, da 4ª CRS e dos municípios de Santa Maria e Agudo;
- d) Propor alternativas para mitigar os efeitos do absenteísmo ambulatorial na instituição.

1.3 JUSTIFICATIVA

Apesar dos avanços do SUS, principalmente na reformulação do modelo assistencial por meio da implantação da Estratégia de Saúde da Família e da ampliação do acesso aos

serviços de saúde, persiste ainda uma série de desafios a serem enfrentados pelos gestores públicos, materializados por meio da crescente demanda por consultas, exames, medicamentos, cirurgias e mais recentemente judiciais (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

No entanto, na contramão deste processo, como apontado por Macêdo *et al.* (2015), está o volume de recursos que vem se reduzindo, ficando abaixo do necessário para que se cumpra com a responsabilidade de universalização do acesso. No Brasil, para o ano de 2016, a porcentagem do PIB referente ao gasto público em saúde foi de 3,9%, enquanto a média mundial foi de 7,4%; quando considerados os países que possuem sistemas de saúde semelhantes, como Reino Unido, Canadá e Dinamarca, a diferença foi ainda maior, dado que esses países gastaram 7,8%, 7,7% e 8,7%, respectivamente (WORLD BANK, 2019).

Além disso, o cenário de investimento público em saúde, na perspectiva de longo prazo, não se mostra promissor. A forte retração do PIB, nos anos de 2015 e 2016, resultou na queda acumulada de 7,5% no biênio, sendo estimado em R\$150 bilhões a menos em receitas, agravando assim as carências e a situação de subfinanciamento da saúde. Em relação ao gasto *per capita*, em 2016, o investimento foi de R\$526,00 representando em média R\$1,47 por habitante ao dia, com o risco de diminuição destes valores em virtude da combinação entre o limite de gastos por 20 anos, imposto pela Emenda Constitucional n. 95, e o aumento populacional no período (ANFIP, 2017).

Frente a esta problemática, a busca pela eficiência na utilização dos recursos mostra-se como um importante mecanismo gerencial dado o cenário de recursos limitados, sobretudo em instituições que prestam serviços especializados, como os hospitais universitários, os quais possuem custo de produção elevado em virtude da maior densidade de recursos tecnológicos, das atividades de ensino e da complexidade das ações desempenhadas (BONACIM; ARAUJO, 2010; SODRÉ *et al.*, 2013). Apesar dessa importância, a discussão sobre a mensuração do impacto econômico referente a subutilização dos recursos físicos ainda é pouco explorada, sobretudo por sua relevância à tomada de decisão e na gestão racional dos recursos disponíveis.

Neste contexto, dentre os inúmeros desafios enfrentados, o absentismo revela-se como mais um entrave à produtividade dos serviços ambulatoriais especializados, gerando dificuldade para o acesso de outros usuários aos cuidados de saúde, com reflexos diretos na geração de espaços subutilizados (BITTAR, 2016). Situação que tem evidenciado resultados relevantes, mesmo considerando países desenvolvidos, como encontrado nos estudos de Stone *et al.* (1999) para o Reino Unido, que estimou em cerca de £20.000 libras (R\$93.542,00) o

custo de 354 consultas médicas não realizadas, enquanto Fysh (2002) simulou que, para uma taxa de 10% de absenteísmo, perdas de £900 milhões de libras/ano (R\$4.209.390.000,00)⁴.

Na mesma linha, para a Espanha, Guerreiro e Gorgemans (2009) estimaram o custo do absenteísmo em €13.000 euros (R\$54.914,60)⁵ para um período de cinco meses, e mais recentemente, Jabalera Mesa *et al.* (2017), de €3 milhões de euros (R\$12.672.600,00) para uma taxa de 13,8% de absenteísmo. Por sua vez, no Brasil, os estudos têm abordado esse problema sob o ponto de vista dos motivos pelas quais os pacientes não comparecem às consultas agendadas (BITTAR *et al.*, 2016; MAZZA; COSTA, 2014; TRISTÃO, 2016; SANTOS, 2008), seus reflexos na atenção básica (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010) ou alternativas para redução (CANELADA, 2014) e não da ótica do custo envolvido.

Considerando esse conjunto de aspectos, no cenário estadual, a Secretaria Estadual de Saúde, por meio do Plano Estadual de Saúde 2016-2019, inseriu como um dos seus objetivos, a redução do absenteísmo de consultas e exames registrados no sistema de regulação de 29% para 25% (RIO GRANDE DO SUL, 2017). Seguindo essa proposta, no HUSM, com o intuito de minimizar os índices de absenteísmo, bem como estabelecer comunicação com a atenção primária, o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde realizou alteração do fluxo de reprogramação para pacientes que faltam às consultas (HUSM, 2017b).

Para tanto, cabe destacar que o absenteísmo no HUSM já foi objeto de apontamento pelo Tribunal de Contas da União, onde o acórdão n. 892/2014, em seu item 1.6.7 recomenda à 4ª CRS que oriente as Secretarias de Saúde municipais no sentido de implementar ações destinadas à redução do absenteísmo de pacientes. Todavia, conforme relatório de monitoramento apreciado pelo mesmo tribunal em março de 2016, foi constatado que tais ações não haviam sido implementadas (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2016a).

Especificamente quanto às primeiras consultas, as quais possuem papel estratégico nos sistemas de saúde pelo fato de desempenharem o contato inicial com os usuários oriundos da atenção primária e dar vazão à demanda deste nível, os índices apresentam-se alarmantes. Entre os anos de 2015 e 2017, a taxa de absenteísmo de primeiras consultas foi de 15,87%, enquanto que no mesmo período a percentagem às consultas de retorno, cujo o volume de agendamento foi 4,3 vezes maior, foi de 12,02% (HUSM, 2018).

Já quando consideradas as especialidades ofertadas, a ausência de pacientes atinge de forma preocupante a psiquiatria, sendo esta a quarta maior ofertante de consultas médicas do

⁴ 1 Libra Esterlina = 4,6771 Reais, em 17 jul. 2019. Fonte: <https://www.bcb.gov.br/conversao>.

⁵ 1 Euro = 4,2242 Reais, em 17 jul. 2019. Fonte: <https://www.bcb.gov.br/conversao>.

HUSM, no período, contudo apresentou o maior índice de faltas de pacientes em primeiras consultas (27%), retornos (20%) e interconsultas (35%) (HUSM, 2018).

No entanto, a ausência do paciente ao compromisso previamente marcado assume consequências preocupantes em virtude de este ser um problema plural, repercutindo na saúde do paciente e na estrutura produtiva das organizações de saúde. Na dinâmica econômico-financeira das instituições, seus efeitos inquietam os gestores da área de saúde, uma vez que, se o paciente não comparece, a instituição não é reembolsada financeiramente, com consequências diretas nas metas pactuadas e na criação de espaços onde a capacidade produtiva fica abaixo da ideal. Tal cenário torna-se ainda mais grave na medida que nem tudo que as instituições produzem em termos de serviços elas recebem.

Conforme Ministério da Saúde (2019), o HUSM, em 2018, realizou 358.445 procedimentos ambulatoriais exclusivamente por profissionais médicos, correspondente a R\$18,61 milhões, entretanto foram aprovados 341.798 procedimentos, equivalente a R\$17,88 milhões. Por sua vez, o restante, cerca de 16.647 procedimentos (4,64%) não foram aprovados, resultando em um montante de R\$729.297,61 não recebido pelo hospital.

Diante disto, avaliar o impacto econômico relativo ao absenteísmo de pacientes ambulatoriais do HUSM, revela-se de fundamental importância não somente por trazer informações até então inexploradas tanto nacional quanto institucionalmente, fomentando o debate a respeito do problema, mas também por articular-se com as mais recentes propostas administrativas do HUSM e com o principal instrumento de planejamento da gestão estadual do SUS, o Plano Estadual de Saúde. Além disso, corroborando com o apontamento feito por Jabalera Mesa *et al.* (2017), não são encontrados estudos que explorem os impactos econômicos no sistema público de saúde brasileiro, em específico relacionado ao absenteísmo.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos, o trabalho está dividido em sete capítulos. No primeiro, introduz-se o problema de pesquisa, seus objetivos e a justificativa para sua realização. O segundo, aborda o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde, financiamento e gasto público em saúde. Seguindo, aborda-se a avaliação econômica em saúde, bem como as técnicas utilizadas e pesquisas desenvolvidas no âmbito da saúde, tendo o item custo como plano de fundo. Na sequência, insere-se no ambiente hospitalar que serve de fonte para esta pesquisa, tentando-se apresentar a instituição em

termos estruturais, financeiro, fechando o capítulo com a problemática do absentismo institucional. O quarto capítulo, apresenta os procedimentos metodológicos balizam o trabalho. Finalizando, no quinto e sexto capítulos, são apresentados os resultados e a conclusão do trabalho respectivamente.

2 O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO

Este capítulo discute o processo histórico de desenvolvimento da saúde pública no Brasil. Para tanto, na seção 2.1 apresenta-se a intervenção do estado a partir de ações pontuais, sobretudo em doenças epidêmicas que colocavam em risco a atividade econômica, passando pelo desenvolvimento da assistência previdenciária, período militar e o SUDS, sistema de saúde que antecedeu o SUS. Na seção 2.2 discute-se a implantação do SUS, a descentralização de seus serviços e o papel dos Hospitais Universitários na prestação de serviços à população. Na seção 2.3 são apresentados os embates à garantia de financiamento capaz de manter as atividades de saúde pública. Por fim, a seção 2.4 discute o modelo de gasto em saúde no Brasil, marcado pela assimetria entre gasto público e privado, além do fomento da atividade privada por meio da compra de planos de saúde e da dedução fiscal no imposto de renda.

2.1 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL ANTES DE 1988

A intervenção do Estado na saúde pública brasileira, no período compreendido entre o final do século XIX e o início do século XX, estava restrito aos principais aglomerados urbanos e por meio de campanhas sanitárias (CARVALHO, 2013). Com a expansão socioeconômica, resultado principalmente do modelo econômico agroexportador baseado na cultura cafeeira, o centro de poder até então baseado no Rio de Janeiro, passa a dividir espaço com a aristocracia cafeeira paulista, e com esta emerge a percepção de que o quadro sanitário vigente era um entrave ao crescimento econômico (SCOREL; TEIXEIRA, 2014).

No entanto, esta consciência concentrava-se nas doenças epidêmicas como a peste, a febre amarela, a varíola e, principalmente, a tuberculose, uma vez que estas ameaçavam concretamente as relações de produção, conforme discutido por Galvão (2009). Contudo, no período, o país começa a receber grandes quantidades de imigrantes europeus para desempenharem funções na lavoura de café e na incipiente indústria nacional; todavia, diante deste cenário sanitário caótico, alguns navios estrangeiros se recusaram a atracar em portos brasileiros (AQUINO *et al.*, 2005). Diante disso, o poder público é forçado a adotar medidas de higienização das cidades, combate aos vetores de doenças, promoção de vacinação da população e saneamento dos portos, principalmente o do Rio de Janeiro o de Santos (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2006).

Apesar do conhecimento do poder público, as ações eram restritas e focalizadas, influenciando de maneira muito tênue as péssimas condições do operariado urbano. Assim, a classe trabalhadora, por meio de greves gerais, passa a reivindicar melhores condições de trabalho e garantia de direitos, culminando em 1919, na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), decorrente da promulgação da Lei dos Acidentes de Trabalho e, em 1923, na Lei Eloy Chaves, que estabeleceu a obrigação da criação da primeira Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os trabalhadores de empresas ferroviárias⁶, sendo considerada a primeira ação estatal no plano previdenciário (RANGEL *et al.*, 2009).

Conforme argumenta Batich (2004), a criação das instituições previdenciárias está relacionada à capacidade de mobilização e reivindicação dos trabalhadores. E quanto suas características, as CAPs eram entidades semipúblicas, caracterizadas como fundos organizados por empresas, compostos por contribuição de trabalhadores (3%), empregadores (1% do faturamento bruto anual) e consumidores dos serviços das empresas (fração das tarifas). Os recursos eram destinados às aposentadorias por idade e tempo, invalidez ou aos dependentes, em caso de morte do trabalhador, sendo a assistência médica oferecida por algumas CAPs (SCOREL; TEIXEIRA, 2014).

Ao longo dos anos seguintes, já na década de 1930, o presidente Getúlio Vargas estrutura o Sistema Previdenciário de forma mais abrangente, criando os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que passaram a congregam os trabalhadores segundo categorias profissionais. Além disso, houve modificação no financiamento dos institutos, estabelecendo-se um modelo tripartite de custeio, formado com recursos da União, empregados e empregadores (OLIVEIRA; BELTRÃO; DAVID, 1999; RANGEL *et al.*, 2009).

Anos mais tarde, em 1949, a saúde pública insere-se em uma nova forma de assistência à saúde, por meio da criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). Segundo Mercadante (2002), a importância histórica desta inovação decorre do fato de o atendimento médico domiciliar, até então restrito à iniciativa privada, passar a ser disponibilizado pelo setor público de saúde e, principalmente, pelo caráter universal da assistência, mesmo que limitado aos casos de urgência.

No campo político, desde 1946, várias pessoas, entre políticos, médicos e sanitaristas atuavam para o surgimento de uma pasta autônoma à saúde pública, já que desde 1930 a área

⁶ A primeira CAP foi criada em 1917 para os funcionários da Imprensa Nacional (SCOREL; TEIXEIRA, 2014).

da saúde estava vinculada à educação no Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Dessa forma, conforme Oliveira e Teixeira (1985) e Escorel e Teixeira (2014), por meio da lei n. 1920 de 1953, tal ministério é desmembrado em Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde (MS), institucionalizando-se dessa forma a saúde pública no país e marcando o período a partir da implementação de diretrizes da racionalidade administrativa e fortalecimento do poder central.

No campo econômico, sobretudo a partir da década de 1950, o modelo econômico agrário-exportador perde espaço frente à intensificação do processo de industrialização brasileira, tendo reflexos na perspectiva médico-sanitária, que passa a relacionar os entraves econômicos nacionais às condições de vida da população. Diante dessa nova perspectiva, a política de saúde brasileira intensifica a implantação do modelo Liberal Privatista que estava assentado na priorização da atenção médica curativa e na compra de serviços privados pelo Estado (CARVALHEIRO; MARQUES, MOTA, 2013; MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

Esta lógica aprofunda-se ainda a partir de 1964, com a tomada do poder pelos Militares, que já em 1967, unificam os IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), uniformizando benefícios, centralizando todas as contribuições previdenciárias e eliminando a representatividade dos trabalhadores na gestão do sistema. A assistência médica previdenciária, que até 1964 era prestada principalmente pela rede de serviços dos próprios IAPs, passa a ser desempenhada fundamentalmente por meio da compra de serviços particulares pelo Estado, fomentando a capitalização da Medicina de Grupo e a ampliação crescente do setor privado no país (COSTA SOUSA, 2013).

Anos mais tarde, já na década de 1970, a Previdência Social promove, de maneira mais acentuada, o crescimento da assistência médica, sobretudo pelo volume de recursos financeiros arrecadados, marcando o período pela expansão do número de leitos disponíveis e pela ampliação da cobertura. Ademais, a Previdência Social demonstrando seu alinhamento ao capital, financiou com recursos do INPS, com custos financeiros subsidiados, empresas privadas que desejassem construir seus hospitais (ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

Sobre isso, ressalta Médici (1992) que, no período entre 1974 e 1977, o setor de saúde recebeu cerca de 20,3% dos recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), sendo que, somente em 1987, dos US\$224,1 milhões (R\$842.884.920,00) destinados para investimento, 79,7% foram utilizados para a construção, ampliação ou para modernização de instituições privadas, apesar da recomendação de destinação máxima de 30%.

Quanto ao atendimento público de emergência, cabe destaque para a criação do Plano de Pronto Ação (PPA), que, apesar de constituir-se em um conjunto de normas, representou uma abertura à lógica da universalização do atendimento na área de saúde. Segundo determinado pelo PPA, os casos de emergência deveriam ser atendidos tanto pelos serviços próprios quanto pelos serviços contratados, independentemente da existência de vinculação previdenciária do usuário.

Dessa forma, na visão de Mercadante (2002), apesar de pontual, o PPA teve importância histórica pelo fato de a previdência social admitir o uso de recursos próprios no atendimento universal, sendo a primeira política de atendimento com este tipo de conformação, após a extinção do SAMDU em 1966. No entanto, como apontado por Escorel (1999, p. 55), “[...] o PPA foi amplamente utilizado para o enriquecimento ilícito de empresas médicas, sendo que em 1978, o presidente do INPS reconheceu a existência de 600.000 internações desnecessárias”.

Ainda na década de 1970, o governo federal implanta o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), tendo como eixo principal a estruturação básica de saúde pública em municípios de até 20.000 habitantes (MARQUES, 1999). Inicialmente restrito ao Nordeste, o programa foi estendido às demais regiões brasileiras a partir de 1979, sendo integrado ao Plano Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), representando não somente a interiorização da saúde pública, mas também a expansão da atuação do INPS por meio de convênios com os governos subnacionais (MERCADANTE, 2002).

No entanto, dada a crise econômica enfrentada pelo país, em 1977, ocorre um movimento cujo objetivo era a racionalização e a reorganização da saúde. Dessa forma, é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que estava fragmentado em diversas unidades previdenciárias, como o Instituto de Administração Financeira (IAPAS), responsável pela gestão do Fundo de Previdência de Assistência Social, o INPS, responsável pela concessão de benefício e programas assistenciais e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pela assistência médica de trabalhadores rurais e urbanos (BERTOLOZZI; GRECO, 2006).

Apesar da criação do SINPAS, não houve qualquer mudança na dinâmica das forças que disputavam o poder dentro da estrutura de serviços médicos previdenciários, agora sob responsabilidade do INAMPS. Outro ponto que merece destaque, é a utilização, pelo governo autoritário, do sistema para legitimação do poder que, segundo Escorel (2014), por este

motivo tendeu à universalização da cobertura de saúde, sem, contudo, estruturar uma sólida base de financiamento para sustentação econômica do sistema, instalando-se desta forma, um cenário de crise do sistema previdenciário logo no início da década de 1980.

Face às consequências da crise econômica instalada, em 1983 foi criada as Ações Integradas de Saúde (AIS), visando uma ruptura com o modelo até então hegemônico por meio do investimento no setor público de saúde. O projeto das AIS, estruturou-se por meio da articulação dos Ministérios da Previdência, Saúde e Educação, objetivando a integração das ações curativas preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários (POLIGNANO, 2001).

Neste cenário, merece destaque a atuação do movimento de reforma sanitária, que desde o início do último governo militar ganha forma, articulando-se a partir de diversos segmentos e inserindo-se na máquina estatal a fim de imprimir uma nova dinâmica às estruturas de saúde pública do país. Por meio deste movimento, cujas bandeiras apontavam para o atendimento universal e integral como direito de todo o cidadão e dever do Estado, pavimentou-se o caminho para a implementação do modelo de intervenção do Estado na saúde. Para tanto, os militantes deste movimento, buscaram atuar de maneira coesa, procurando ocupar os espaços de debates de maneira articulada, logrando êxito, dessa forma, na estruturação do Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), em 1987, precursor do Sistema Único de Saúde.

2.2 CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A CF/1988, marco da redemocratização do país, estabeleceu garantias fundamentais a todo cidadão, institucionalizando seus direitos e lançando as bases para o sistema de saúde brasileiro. Com a Lei n. 8.080/1990, complementada com a Lei n. 8.142/1990, o Sistema Único de Saúde é efetivamente constituído, sendo seu funcionamento orientado por um conjunto de princípios e diretrizes, válidos para todo o território nacional, tendo uma concepção ampliada de direito à saúde e vinculando o Estado como principal agente na garantia deste direito (NORONHA; PEREIRA, 2013).

Segundo a Lei n. 8.080/1990, as ações e serviços públicos de saúde, assim como os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, devem ser desenvolvidos de acordo com os seguintes princípios:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;
- IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos;
- XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras em conformidade com a Lei n. 12.845, de 1º de agosto de 2013 (BRASIL, 1990).

Com a implantação de um sistema com cobertura universal, o Brasil não somente aproximou-se da experiência de países, como Reino Unido, Canadá, Dinamarca, Espanha, Finlândia, Itália, Noruega, Nova Zelândia, Portugal e Suécia, como também se tornou o único país da América Latina com este tipo de cobertura. Esta iniciativa, representou a maior política de inclusão social da história, instituindo cidadania sanitária para cerca de 50 milhões de brasileiros, que até então eram atendidos por uma medicina simplificada na atenção básica e como indigentes na atenção hospitalar (MENDES, 2013).

A fim de prestar assistência à esta demanda, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi estruturado de maneira descentralizada, cabendo as três esferas de governo tanto a operacionalização quanto o seu financiamento. Porém, a direção do SUS é única em cada esfera (Federal, Estadual e Municipal), sendo exercida, respectivamente pelo Ministério da Saúde (MS), pelas 27 Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e do Distrito Federal e por mais 5.570 Secretarias Municipais de Saúde (SMS) (BARROS; PIOLA, 2016).

De outro modo, dado que a distribuição dos problemas de saúde na população, no espaço e no tempo não ocorrem de maneira homogênea, e que os mesmos podem envolver diferentes complexidades e custos, os estabelecimentos foram organizados de forma a

conformar uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) a fim de prestar assistência à população, constituindo-se, na visão de Erdmann *et al.* (2013), como importante estratégia à superação do modelo fragmentado de operacionalização da assistência e gestão da saúde.

Segundo conceitua o Ministério da Saúde, na Portaria n. 2.436/2017, que aprovou a Política Nacional da Atenção Básica, as RAS “[...] constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial [...]” (BRASIL, 2017, p. 70). Para que o sistema de saúde responda às demandas sociais, a distribuição das ações e serviços de saúde foram planejados segundo níveis de atenção (hierarquização), assumindo as diferentes necessidades de saúde e as dinâmicas territoriais específicas (regionalização) (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014, p. 369).

Segundo esta conformação estrutural, a atenção básica fica responsável pelo contato inicial entre as equipes de saúde e o usuário situado em sua área de cobertura, que identifica aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado em caso de necessidade ou problema de saúde. Estes serviços devem possuir alto grau de descentralização e capilaridade, tendo à sua disposição menor densidade tecnológica, desempenhando o importante papel de orientação do fluxo de pacientes aos demais níveis de atendimento, por meio de mecanismos formais de referência e contrarreferência (CAMPOS OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No nível de atenção secundário ou ambulatorial especializado, o qual tem o objetivo de atender problemas cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, a oferta deveria ser hierarquizada e regionalizada e, tendo a prestação de serviços concentrada em polos regionais, os quais recebem usuários referenciados a partir da atenção básica. Por último, cita-se a atenção terciária, que comporta os serviços de diagnose e terapia além da atenção hospitalar, com elevada densidade tecnológica, a qual é responsável pela resposta às condições agudas ou a momentos de agudizações das condições crônicas (SOLLA; CHIORO, 2014; SOLLA; PAIM, 2014).

Quanto à dimensão econômica e assistencial, as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde, proporcionam ambiente adequado à efetivação da integralidade da atenção à saúde, além de redução de custos pelo fato de permitirem maior racionalidade na utilização dos recursos disponíveis. Uma vez que a maior parte dos municípios brasileiros não possuem condições de ofertar integralmente os serviços de saúde, as redes de atenção constituem-se em um importante mecanismo de articulação regional à superação de distorções de acesso. No

entanto, para que haja melhor aproveitamento dos recursos, Silva (2011) adverte que os sistemas modelados segundo esta lógica, devem contar com eficientes mecanismos de incorporação tecnológica e de acesso dos usuários aos diferentes serviços, e de obtenção de economias de escala e escopo⁷ na composição e organização deles.

Por este motivo, a oferta de serviços especializados, de maneira geral, é realizada por unidades de abrangência regional, sendo que, em muitos municípios, a oferta ambulatorial especializada e hospitalar encontra-se fortemente dependente dos serviços privados. Entre os anos de 2010 e 2015, o Governo Federal consumiu em média 0,6% do PIB anualmente na compra de serviços de saúde prestados pela iniciativa privada (IBGE, 2017), corroborando com o exposto por Solla e Chioro (2014), que apontam o histórico privilégio do setor privado na expansão dos serviços da atenção especializada, sobretudo os de alta complexidade.

Suposição que está de acordo com os valores aprovados em 2017, segundo a natureza jurídica do prestador de serviço e a complexidade dos procedimentos ambulatoriais realizados, quando foram aprovados mais de R\$18 bilhões para entidades que prestaram serviços ambulatoriais aos SUS. Já para a atenção básica, os valores aprovados foram integralmente reembolsados às instituições da administração pública, na alta complexidade 73% dos valores foram aprovados para entidades empresariais e entidades sem fins lucrativos, ultrapassando R\$5 bilhões, enquanto as entidades geridas pela administração pública receberam pouco mais de R\$2 bilhões, conforme Tabela 1 (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2018).

Quanto à produção de serviços destinados à pacientes internados, a concentração dos serviços privados em internações de alta complexidade também é expressiva. Conforme verifica-se na Tabela 2, enquanto 51% dos valores aprovados por serviços de internação hospitalar foram destinados a entidades públicas, a participação na alta complexidade foi de apenas 27%, sendo que as entidades privadas que prestam serviços para o SUS foram reembolsadas em 73% dos valores pagos por procedimentos de alta complexidade.

Cabe destacar, no contexto dos cuidados hospitalares, o importante papel desempenhado pela rede de Hospitais Universitários Federais (HUFs), os quais têm sua organização estruturada de modo a formar recursos humanos na área de saúde, prestar apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão das instituições federais às quais estão vinculados, além de

⁷ Economia de escala é obtida quando o custo médio dos procedimentos diminui pelo bom aproveitamento da capacidade instalada, eliminando ociosidade e desperdícios. Por outro lado, Economia de escopo é obtida ampliando-se a diversidade de serviços oferecidos pela unidade assistencial (SILVA, 2011).

serem centros de referência de média e alta complexidade à população usuária do SUS (EBSERH, 2019).

Além disso, essas unidades hospitalares extrapolam seus limites físicos, desempenhando importante papel político nas comunidades em que estão inseridas, sobretudo por sua estrutura produtiva, seu dimensionamento e seus custos, tendo alta capacidade de atração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde (MEDICI, 2001). Em termos de financiamento, os recursos são de responsabilidade conjunta entre o Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), cabendo ao primeiro o aporte de recursos para o pagamento da folha de pessoal, enquanto ao último cabe o repasse de valores mediante pactuação de metas (quantitativas e qualitativas) junto aos gestores; mesmo a estrutura não pertencendo ao estado de referência, ela está inserida no sistema de saúde e como tal, contratualiza metas à prestação de serviços (SODRÉ *et al.*, 2013).

Tabela 1 – Valores aprovados em 2017 segundo natureza jurídica do prestador de serviço e complexidade dos procedimentos ambulatoriais realizados, em R\$ e em %.

Natureza Jurídica	Atenção Básica	%	Média complexidade	%	Alta complexidade	%	Não se aplica	%	Total	%
Administração Pública	16.550,00	100	6.393.300.219,51	62	2.058.964.993,95	27	617.150.291,44	61	9.069.432.056,79	48
Entidades Empresariais	-	-	1.604.079.802,00	16	2.704.507.077,04	36	160.235.667,25	16	4.468.822.546,80	24
Entidades sem Fins Lucrativos	-	-	2.321.420.385,23	22	2.805.146.112,59	37	228.890.133,61	23	5.355.456.632,03	28
Pessoas Físicas	-	-	1.448.031,31	0	95.923,61	0	668.400,00	0	2.212.354,92	0
Total	16.550,00	100	10.320.248.438,05	100	7.568.714.107,19	100	1.006.944.492,30	100	18.895.923.590,54	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (2018).

Tabela 2 – Valores aprovados em 2017 segundo natureza jurídica do prestador de serviço e complexidade dos procedimentos hospitalares realizados, em R\$ e em %.

Natureza jurídica	Média complexidade	%	Alta complexidade	%	Total	%
Administração Pública	5.067.903.805,15	51	1.222.139.289,89	27	6.290.043.095,55	44
Entidades Empresariais	704.917.970,54	7	437.922.994,55	10	1.142.840.965,16	8
Entidades sem Fins Lucrativos	4.108.088.354,42	42	2.836.810.618,64	63	6.944.898.973,48	48
Total	9.880.910.130,11	100	4.496.872.903,08	100	14.377.783.034,19	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (2018).

A despeito de sua importância, desde a década de 1980, essas instituições vinham sofrendo com a falta de recursos financeiros e humanos, sobretudo pela resistência do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) à novas contratações (LA FORGIA; COUTTOLENC; 2009). Já na década de 1990, em sua maioria, os hospitais públicos, tiveram sua demanda aumentada de maneira significativa, uma vez que, conforme Bonacim e Araújo (2009), cerca de 10,5% dos hospitais privados, sob a alegação de que os recursos repassados eram insuficientes, romperam o contrato de prestação de serviços com o SUS. Face ao histórico de crise setorial, o Governo Federal, por meio da Portaria Interministerial MS-MEC-MCT-Mpog n. 562, de 12 de maio de 2003, instituiu a Comissão Interministerial à Reestruturação dos Hospitais de Ensino, visando à reorientação e/ou reformulação da política para o setor (BRASIL, 2004, p. 91).

Como resultado, já em 2004, foi instituído o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, pautado na busca por mecanismos que garantissem o maior aporte financeiro, utilização eficiente dos recursos repassados e maior integração com a rede de serviços do SUS. No que concerne às instituições de saúde, foi instituído um novo processo à certificação dos hospitais de ensino pelo MS e pelo MEC, a partir da qual estariam habilitados a um novo mecanismo de contratação junto aos gestores locais do SUS, com modelo de financiamento de orçamentação global misto, em que os procedimentos de alta complexidade e aqueles referentes ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) continuavam a ser remunerados segundo a produção (LIMA; RIVERA, 2012; NOGUEIRA et al., 2015, p. 152).

O custeio de média complexidade hospitalar, por sua vez, passou a ser remunerado segundo valores fixos mensais, segundo metas quantitativas pactuadas entre o Hospital de Ensino (HE) e o gestor local, sendo adicionados os recursos oriundos do Incentivo a Contratualização (IAC), o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e a Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), INTEGRASUS, Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários, e outros recursos regulares que porventura já existam (BRASIL, 2012, p. 16; LOBO et al., 2011).

Apesar do esforço conjunto entre os ministérios da Educação e Saúde na busca da solução para os hospitais de ensino federais, persistiram assimetrias no processo de financiamento das instituições. Apesar da responsabilidade de financiamento conjunta entre os ministérios, considerando os 46 HUFs, em 2008, enquanto o MEC foi fonte de 69,26% dos R\$3,57 bilhões repassados, o MS contribuiu com apenas 30,74%. Neste contexto, a dívida

acumulada das instituições era de R\$425,95 milhões nesse mesmo ano, sendo 32,68% e 32,64% os passivos trabalhistas e de fornecedores, respectivamente (BRASIL, 2009).

Assim, tendo a distribuição de recursos limitados e as necessidades institucionais crescentes, o Governo Federal criou o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), por meio do Decreto n. 7.082/2010, tendo como objetivo a criação de condições materiais e estruturais para que os HUFs possam desempenhar suas funções, tanto àquelas vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, quanto da assistência à saúde (BRASIL, 2010). Segundo dados do Ministério da Saúde, entre os anos de 2010 e 2017, o REHUF injetou mais de R\$3,00 bilhões nos caixas hospitalares, com destaque para o ano de 2011, cujo aporte de recursos superou R\$690,00 milhões. No que diz respeito à finalidade, 73,71% dos recursos foram destinados ao custeio das instituições, 12,78% para despesas de capital e 13,51% para reformas, conforme Tabela 3 (ver BRASIL 2018).

Tabela 3 – Série histórica de recursos REHUF destinados aos hospitais de ensino, em R\$

Ano	Capital	Custeio	Reforma	Total Geral
2010	-	100.000.000,00	-	100.000.000,00
2011	55.908.070,00	485.119.666,08	150.790.571,49	691.818.307,57
2012	136.158.372,07	329.082.627,76	130.213.513,71	595.454.513,54
2013	97.317.482,00	392.711.437,93	69.902.425,01	559.931.344,94
2014	79.643.932,95	256.476.164,37	97.742.915,59	433.863.012,91
2015	1.200.680,87	336.392.050,42	-	337.592.731,29
2016	30.000.000,00	350.012.320,73	-	380.012.320,73
2017	48.096.000,30	336.546.123,66	25.355.028,00	409.997.151,96
Total Geral	448.324.538,19	2.586.340.390,95	474.004.453,80	3.508.669.382,94

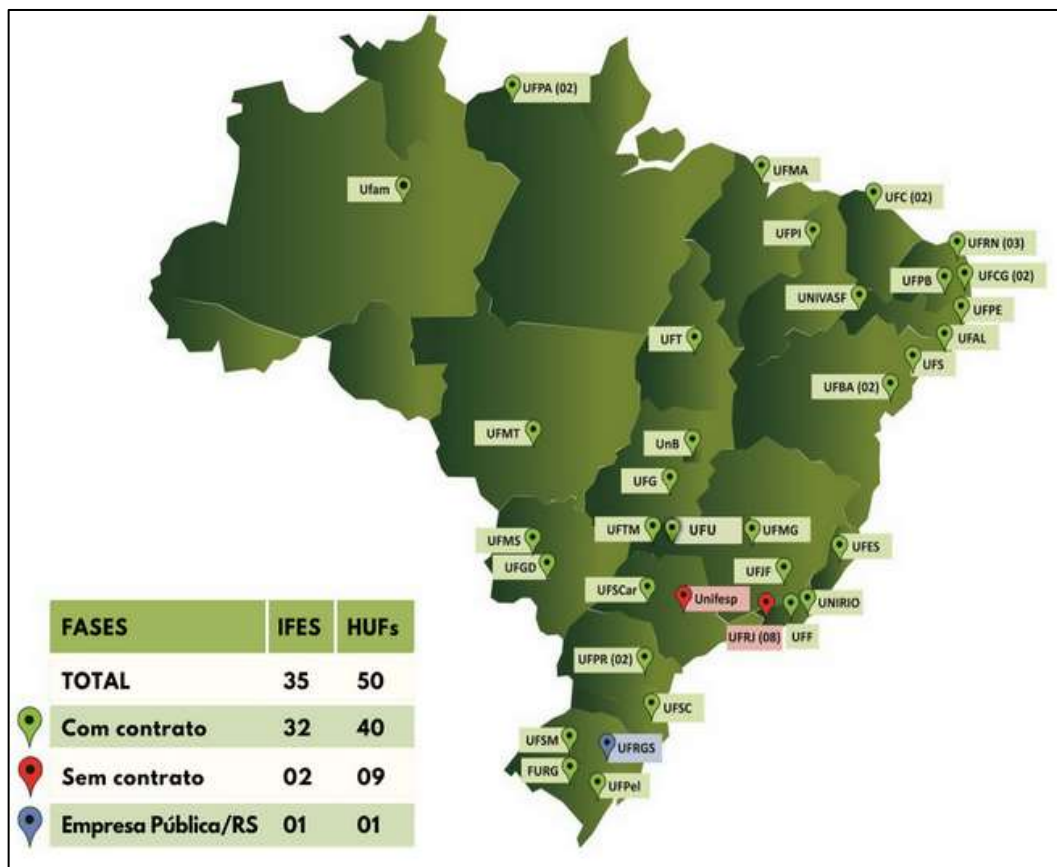
Fonte: BRASIL (2018, p. 196).

Dando seguimento ao conjunto de ações desenvolvidas, a Lei n. 12.550/2011 criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), de personalidade jurídica de direito privado vinculada ao Ministério da Educação (BRASIL, 2011a). A lei deixa explícito também que a adesão das universidades à gestão da nova empresa é de caráter discricionário e, mantendo-se a autonomia das unidades universitárias. Dentre os motivos elencados para a sua criação, destaca-se a possibilidade de a empresa implantar um novo modelo de gestão administrativa, orçamentária e financeira, assentado no controle de gastos e na transparência, além da possibilidade de ganho de escala no processo de compras com a gestão integrada das várias unidades (BARROS, 2013; BRASIL, 2011b).

Apesar da criação da EBSEERH ter acontecido amparada em inúmeros argumentos que apontavam para o fortalecimento dos HUFs e do SUS, esta não se fez sem embates e desconfianças, atrelando a criação da EBSEERH à perda de autonomia, por imprimir viés mercadológico à saúde pública e, principalmente, a um processo de privatização, como pode ser observado a partir da argumentação de Sodré (2013, p. 378) quando destaca que, "[...] tantos questionamentos sobre essa transição silenciosa que julgamos ser mais um passo rumo à privatização dos serviços públicos e à precarização da gestão, dos salários e da organização dos processos de trabalho camuflados em um discurso de um suposto novo modelo gerencial".

Em 2019, são 50 HUFs vinculados a 35 Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), localizados em 22 estados além do Distrito Federal, sendo que deste total, 40 HUFs possuem contrato de gestão firmado junto à EBSEERH, conforme Figura 1. Estas instituições desempenham, sobretudo, ações e procedimentos especializados de média e alta complexidades, sendo, em muitas regiões do país, a única referência em saúde pública para a população (EBSEERH, 2019).

Figura 1 – Rede de HUFs brasileiros e sua vinculação à EBSEERH



Fonte: EBSEERH (2019).

Em que pese a oferta de serviços, em 2015 houve um crescimento de 23% de internações e o número de leitos, indicador tão sensível à saúde pública, recebeu um incremento de 7%, passando de 4.718 para 5.037 leitos. Seguindo o processo de expansão das atividades assistenciais, em 2016, houve crescimento de 11% em relação a 2015, atingindo 641.772 consultas, e crescimento de 4% no número de internações (EBSERH, 2017b, p. 114; EBSERH, 2016). Dessa forma, observa-se que a implementação da EBSERH tem representado um importante passo para a viabilização dos princípios do SUS, em especial de sua diretriz de integralidade

2.3 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE: ORIGEM DOS RECURSOS

A partir do advento da CF/1988 a saúde foi considerada como um direito social, devendo ser garantido pelo Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, com acesso universal e igualitário, introduzindo o conceito de Seguridade Social (BRASIL, 1988). Até então, imperava no Brasil o conceito de seguro, no qual a cobertura do Estado era direcionada apenas às pessoas que possuíssem vínculo direto e formal com o processo econômico e com a produção de bens e serviços (SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016).

Com este modelo, os indivíduos excluídos do mercado formal de trabalho não somente eram privados de melhores condições de trabalho, associados ao registro em carteira, como também eram excluídos da cobertura médico-hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2013, p. 20). A partir disso, a CF/1988 converte-se em um ponto de inflexão quanto a questão social, estendendo a cobertura para segmentos sociais até então excluídos, reconhecendo a necessidade de introdução de mecanismos redistributivos e garantias de financiamento seguro e estável (BRASIL, 2007).

Os recursos para financiar esse sistema, a partir da década de 1970, originavam-se do Sistema Nacional de Previdência e da Assistência Social (SINPAS) e do orçamento fiscal. Em virtude da ausência de critérios de partição, eles compunham um cenário de intensa disputa não somente entre saúde, previdência e assistência social, mas também com outros ministérios e responsabilidades da União (BRASIL, 2011c). Tendo em vista os novos direitos introduzidos nas áreas da saúde, previdência e assistência social, a CF/1988 preocupou-se em ampliar os recursos destinados ao financiamento dessas áreas (BARROS; PIOLA, 2016).

Neste contexto, foi criado o Orçamento da Seguridade Social (OSS), com financiamento realizado por toda a sociedade, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, Estados, Distrito Federal e dos Municípios, contribuições sociais do empregador, do trabalhador e sobre a receita de concursos e prognósticos. Como critério de divisão, ficou estabelecido a destinação de 30% do OSS à saúde, com exceção da receita do PIS-PASEP⁸, mas não foi cumprido entre os anos de 1990 a 1993 (BARROS, PIOLA, 2016; VIANNA, 1992).

Cabe lembrar que a Constituição Federal além da ampliação do direito à saúde, criou novos direito no âmbito da seguridade social, como direito à aposentadoria rural, e no campo da assistência, estabeleceu o Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁹. Consoante à esta expansão dos direitos sociais, o país enfrentou grave crise econômica e, conseqüentemente, sérias restrições orçamentárias, repercutindo na disputa entre as áreas sociais, sobretudo entre Saúde e Previdência Social (PIOLA, 2012, p. 39).

Neste contexto, o processo de implantação de um sistema público de saúde, fundamentado nos princípios de cidadania, é contido em função de limitações econômicas. Assim, na década de 1990, a estrutura financeira do SUS é sabotada, sobretudo em 1993, quando as contribuições previdenciárias deixam de ser consideradas solidárias ao financiamento da saúde, sendo necessário empréstimo junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para equilibrar as finanças (PIOLA *et al.*, 2013).

Nos anos seguintes, especificamente a partir de 1994, o Governo Federal avança ainda mais sobre os recursos do OSS, vetando na LDO deste ano a vinculação mínima de 30% do OSS para a saúde (BRASIL, 2015c, p. 7), além de criar o Fundo Social de Emergência (FSE), que mais tarde passou a ser denominado de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e atualmente Desvinculação das Receitas da União (DRU). Sob a égide desse novo mecanismo de

⁸ A CF/1988 (Art. 239) determinou que, pelo menos 40% da arrecadação do PIS-PASEP seriam destinados ao financiamento de programas de desenvolvimento econômico por meio do BNDES. Em 1990, o Fundo PIS-PASEP foi extinto, e com a criação do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), a arrecadação foi destinada ao FAT, que se transformou na principal fonte de recursos do BNDES (Fonte: <https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/transparencia/fontes-de-recursos>). A parcela restante custeava o seguro-desemprego e o abono salarial (Fonte: <https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/transparencia/fontes-de-recursos/fundos-governamentais/fundo-de-amparo-ao-trabalhador-fat/fat-bndes>).

⁹ Benefício de um salário mínimo mensal concedido ao idoso acima de 65 anos ou à pessoa de qualquer idade com deficiência, cujos impedimentos, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (efeitos pelo prazo mínimo de 2 anos), os impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas (MDS, 2015).

apropriação dos recursos públicos, 20%¹⁰ do orçamento da seguridade fica à disposição do Governo Federal, com possibilidade de livre aplicação dos recursos, sobretudo na produção de superávit primário para pagamento de juros da dívida pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2013).

Diante de um quadro de subfinanciamento instalado, o governo buscou alternativas para superação da crise. Assim, em 1994 foi criado o Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF) com denominação alterada para Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1996. O produto de arrecadação desta contribuição, foi destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), contudo, a partir de 1998, quando foi novamente prorrogada, sua alíquota foi aumentada e passou a financiar também as despesas previdenciárias (BARROS; PIOLA, 2016; PIOLA; JÚNIOR, 2001, p. 220).

No período em que vigorou, entre 1997 e 2007, os recursos da CPMF corresponderam a 30% dos recursos federais à saúde, prestando-se mais para estabilizar o financiamento setorial do que à ampliação dos recursos (PIOLA *et al.*, 2013, p. 11), já que houve diminuição no aporte de recursos oriundos de outras fontes de financiamento, sobretudo das contribuições sociais.

Passados 12 anos, ocorreu a promulgação da Emenda Constitucional n. 29/2000 (EC n. 29/2000), que definiu a forma de financiamento do SUS, condicionando União, Estados e Municípios a um percentual de gasto mínimo obrigatório em ações e serviços de saúde. Segundo a redação da referida emenda, a União deveria aplicar em 2000 o quantitativo empenhado em 1999 acrescido de 5%, sendo deste ano em diante, aplicado o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados e o Distrito Federal deveriam aplicar, no mínimo, 12% de suas receitas próprias, enquanto os municípios deveriam aplicar, no mínimo, 15% do produto da arrecadação dos impostos (BRASIL, 2000).

Para Ocké-Reis (2012), a EC n. 29/2000, apesar de ser um importante marco legal no financiamento, não buscou a vinculação de fontes ou de um percentual mínimo do OSS para a área de saúde no âmbito dos recursos da União. Outro problema levantado foi a falta de rigor terminológico, ao não deixar claro o que seriam ações e serviços de saúde, e a falta de clareza, ao não definir se gastos com inativos e pensionistas poderiam ser computados para fins de recursos mínimos aplicados.

¹⁰ Alíquota majorada para 30% a partir de 2016 até 31 de dezembro de 2023, sobre contribuições sociais e outros tributos e taxas (BRASIL, 2016b).

Por outro lado, Barros e Piola (2016) destacam que, a EC n. 29/2000 não somente aumentou o volume financeiro para a saúde, como também fortaleceu a descentralização alocativa de recursos. Conforme apresentado na Tabela 4, o volume de recursos da União, que em 1980 representava quase 75%, foi diminuindo paulatinamente. Já a participação dos estados passou de 18,6% para 26,0%, enquanto a contribuição dos governos municipais na composição do volume total de despesas passou de 21,7% para 31%, demonstrando seu protagonismo no âmbito da saúde.

Tabela 4 – Composição percentual da despesa pública total em saúde por esfera de governo, em %

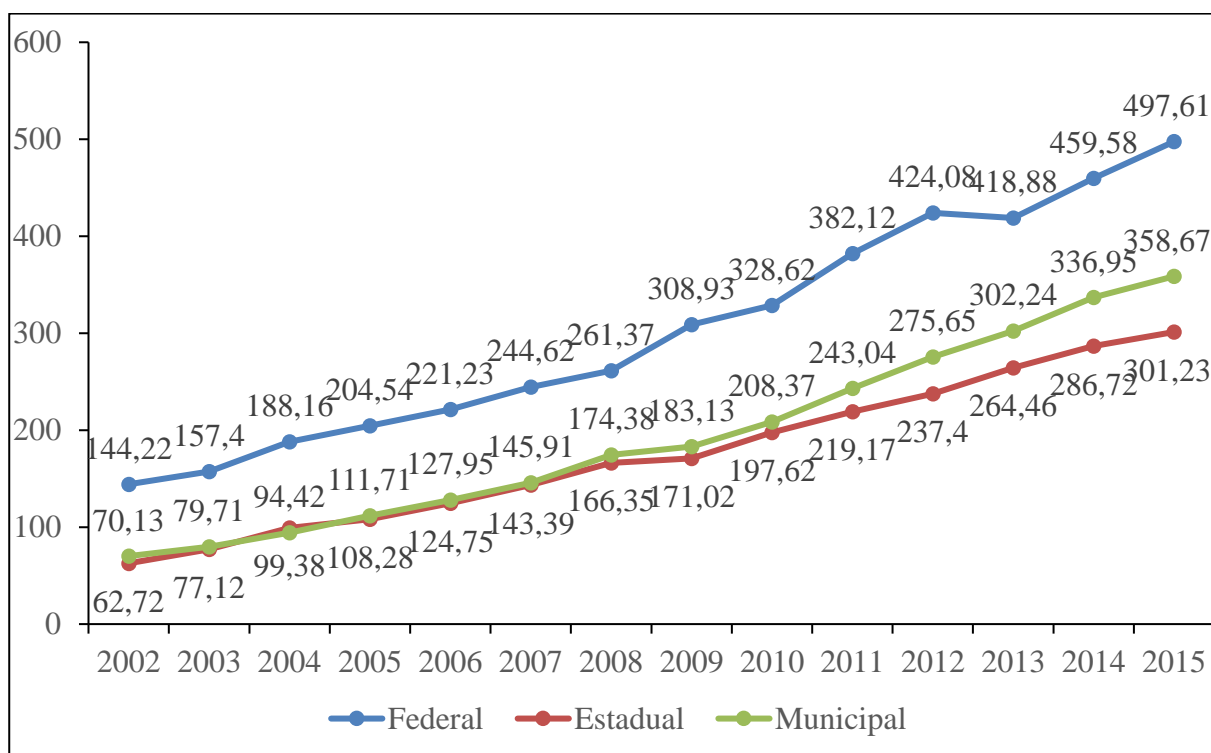
Ano	Federal	Estadual	Municipal
1980	75,0	18,0	7,0
1990	74,4	13,5	12,1
2000	59,8	18,6	21,7
2001	56,1	20,7	23,2
2002	52,8	21,5	25,7
2003	51,1	23,0	25,9
2004	50,2	24,6	25,2
2005	49,7	23,1	27,2
2006	48,4	23,5	28
2007	47,5	24,2	28,3
2008	44,7	25,7	29,6
2009	45,9	25,4	28,7
2010	44,7	26,7	28,6
2008	44,7	25,7	29,6
2009	45,9	25,4	28,7
2010	44,7	26,7	28,6
2011	45,3	26,0	28,8
2012	45,3	25,3	29,4
2013	42,5	26,8	30,7
2014	42,4	26,5	31,1
2015	43,0	26,0	31,0

Fonte: (MENDES; FUNCIA, 2016, p. 154; PIOLA 2012, p. 43; VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 18).

Em termos de gasto *per capita*, nas três esferas de governo, observou-se variação média de 11,6%, entre os anos de 2002 e 2015, com destaque para o gasto *per capita* municipal, que variou, em média, 13,4% ao ano, superando a União e os estados, cujos gastos

variaram, em média, 10% e 12,8% ao ano, respectivamente. Neste sentido, a Figura 2 demonstra não somente o desempenho das três esferas na alocação *per capita* de recursos para a saúde, mas a crescente disparidade, sobretudo a partir do ano de 2007, entre as esferas subnacionais, apesar da assimetria na participação arrecadatória. Segundo dados do Ministério da Fazenda, apresentados na Tabela 5, enquanto os estados arrecadaram no período 2007-2016 em média 25,27% do total de recursos, a capacidade arrecadatória dos municípios foi cinco vezes menor, arrecadando em média 5,7% do volume total de recursos no período.

Figura 2 – Gasto *per capita* segundo esfera de governo (2002-2015), em R\$



Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Vieira e Benevides (2016, p. 18).

No que concerne aos tipos de tributos que destinam recursos à saúde, conforme a EC n. 29/2000, a receita estadual para a saúde provém impostos estaduais (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS); Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e Imposto sobre a Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCMD), transferências da União (cota-parte do Fundo de Participação dos Estados FPE, cota-parte IPI-Exportação e transferências da Lei Kandir), imposto de renda retido na fonte e, outras receitas correntes, como receita da dívida ativa de impostos e multas.

Já a base de cálculo dos municípios é composta por cinco fontes: impostos municipais (Imposto Sobre Serviços (ISS), Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana

(IPTU), Imposto de Transmissão de Bens Inter Vivos (ITBI), transferências da União (Fundo de Participação dos Municípios (FPM), cota-parte do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR) e transferências da Lei Kandir), imposto de renda retido na fonte, transferências do Estado (cota-parte ICMS, cota-parte do IPVA, cota-parte do IPI-Exportação) e, por fim, outras receitas correntes (receita da dívida ativa de impostos, multas, juros e correção monetária de impostos) (SIMÃO; ORELLANO, 2015).

Tabela 5 – Evolução percentual dos entes federativos na arrecadação total dos recursos à saúde – 2007 a 2016, em %.

Governo Federal										
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Média
69,99	69,40	68,83	69,02	70,01	69,08	68,96	68,47	68,36	68,27	69,04
Governo Estadual										
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Média
24,83	25,46	25,71	25,47	24,48	25,15	25,28	25,46	25,41	25,40	25,27
Governo Municipal										
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Média
5,18	5,15	5,45	5,51	5,52	5,78	5,76	6,07	6,23	6,34	5,70

Fonte: MINISTÉRIO DA FAZENDA (2017, p. 4).

Quanto às fontes de recursos repassados à Seguridade Social e destinados a cobertura de gastos na área da saúde, o maior quantitativo está vinculado às Contribuições Sociais que, em 2015, representaram 89,8% do total de recursos, com destaque à Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e para a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), que representaram 37,3% e 46,6% de participação no aporte total de recursos destinados para este ministério. Além destas fontes, há previsão do ingresso de recursos provenientes das Receitas de Concursos e Prognósticos (pouco expressivo), bem como a previsão do ingresso de recursos do Tesouro Nacional, quando se fizessem necessários, conforme Tabela 6 (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

Apesar da previsão legal acerca da alocação mínima de recursos na saúde, o cenário posterior à promulgação da EC n. 29/2000 apresentava maior dificuldade. Entre os anos de 2000 e 2003, os gastos da União, estados e municípios foram R\$7,09 bilhões inferiores ao mínimo previsto em lei. Somente em 2003, dentre dos 27 estados brasileiros, 13 não

aplicaram o mínimo obrigatório de 12% de suas receitas em ações e serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2013). Para Marques (2017), este subfinanciamento setorial não somente inviabilizou a consolidação como política universal, mas também o fragilizou perante à sociedade brasileira, que oferece baixíssima resistência às iniciativas que promovem o desmonte ou a desestruturação deste sistema.

Frente à dificuldade persistente de recursos para garantia de uma saúde universal, integral e de qualidade, em 2012, diversas entidades da sociedade civil uniram esforços e lançaram o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública (Movimento Saúde +10), projeto de Iniciativa Popular, que contou com mais de 1,9 milhão de assinaturas, e propunha a destinação de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde. Entretanto, foi aprovada a EC n. 86/2015, que alterou a base de cálculo dos valores mínimos à saúde, passando a ser calculado, no caso da União, a partir da receita corrente líquida (RCL), sendo 13,2% da RCL no primeiro exercício financeiro subsequente à promulgação, aumentando de forma escalonada até 15% da RCL em 2020 (REIS *et al.*, 2016).

Tabela 6 – Distribuição percentual das fontes de financiamento do Ministério da Saúde, em %

Fontes	1995	2000	2005	2010	2015
Recursos Ordinários	3,2	5,3	4,8	4,6	5,7
Operações de crédito interna e externa	1,1	2,7	0,7	0	0
Recursos Diretamente Arrecadados	2,5	3,3	2,4	4,4	0,1
Títulos Responsab. Tesouro Nacional	2,7	0,2	0	0	0
Contribuições Sociais	70,5	80,9	91,3	86	89,8
Contrib. Social Lucro - PJ (CSLL)	20,2	12,6	39,7	37,6	37,3
Contrib. Financiamento Segur. Social (COFINS)	48,8	37,1	19,2	45,8	46,6
Contrib. Prov. Moviment. Financeira (CPMF)	0	31,2	29,3	0,4	0
Contrib. Plano Segur. Social Servidor	1,5	0	1,2	0,6	1,9
Contrib. Patronal Plano Segur. Social Servidor	0	0	1,9	1,6	4
Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	0	0	0,3	0	0
Fundo Social de Emergência	11,7	0	0	0	0
Demais Fontes	8,3	7,6	0,5	5	4,4
Total	100	100	100	100	100

Fonte: MELAMED; PIOLA (2011, p.88) (ano 1995); MARQUES; PIOLA; ROA (2016, p. 152).

No entanto, a partir de 2016, uma nova metodologia de cálculo para a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) passa a ser defendida pelo novo governo. Angariando apoio de diversos setores, sobretudo daqueles ligados ao capital, em 15 de dezembro de 2016 foi aprovada a Emenda Constitucional n. 95 (EC n. 95/2016), que

institui o a aplicação mínima de 15% da RCL em 2017, sendo os valores corrigidos anualmente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) em um prazo de 20 anos (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

2.4 GASTO PÚBLICO EM SAÚDE

Os embates por recursos financeiros para assegurar a política pública universal da saúde sempre foram constantes desde a criação do SUS. Apesar de a EC n. 29/2000 ter assegurado a vinculação de recursos para a saúde, o gasto público em saúde no Brasil ainda está em patamar insuficiente para que se cumpra com a responsabilidade de um sistema público e universal (MENDES; WEILLER, 2015).

Sobre isso, em 2016 foram gastos R\$108,5 bilhões com ações de saúde no Ministério da Saúde, representando 1,73% do Produto Interno Bruto (PIB), conforme Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP, 2017). Em comparação ao ano de anterior, o volume de recursos investidos foi R\$6,3 bilhões superior, contudo representou unicamente a reposição da inflação do período, conforme Tabela 7.

Tabela 7 – Evolução das despesas do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde pública, de 2005 a 2016

Valores Nominiais (R\$ bilhões)												
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
34,50	40,70	45,80	50,30	58,30	62,30	72,30	80,10	85,40	94,20	102,20	108,50	
Valores Constantes (R\$ bilhões, INPC de dez/2016)												
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
66,00	75,80	81,00	83,50	92,90	93,40	102,20	106,50	107,60	111,80	108,90	108,50	
Em relação ao PIB												
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
1,59	1,69	1,68	1,62	1,75	1,60	1,65	1,66	1,60	1,63	1,70	1,73	
Gasto <i>per capita</i> (R\$ de dez/2016, pelo INPC)												
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
358	406	440	440	485	490	531	549	535	551	533	526	

Fonte: ANFIP (2017).

Em relação ao gasto *per capita*, em 2016 o valor foi de R\$526,00, sendo menor que os gastos realizados no período de 2011 a 2015, representando média de R\$1,47 por habitante ao dia (ANFIP, 2017). O cenário de baixo investimento em ações e serviços de saúde torna-se

ainda mais preocupante, uma vez que, em virtude da EC n. 95/2016, há um limite de despesas orçamentárias por 20 anos, sendo que, conforme estimativas realizadas pelo IBGE, ao final deste período o número de habitantes será 10,1% superior à 2016 (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Considerando a participação dos gastos públicos em saúde no Brasil em relação a outros países, conforme Tabela 8, verifica-se que há um distanciamento da estrutura de gastos praticada no Reino Unido, que é baseada, assim como o sistema de saúde brasileiro, na integralidade e na universalidade do acesso e, aproxima-se do modelo de gastos praticados nos Estados Unidos, onde o sistema de saúde é de cunho liberal, tendo como principal diretriz o acesso aos serviços de saúde por meio desembolso direto (*out-of-pocket*) e pela compra de seguros e planos ofertado por empresas (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2014).

Tabela 8 – Participação dos gastos públicos e privados sobre o total de gastos em saúde em países selecionados, em %

Ano	Brasil		Reino Unido		Estados Unidos	
	Gasto Público/ Gasto Total em saúde	Gasto Privado/ Gasto Total em saúde	Gasto Público/ Gasto Total em saúde	Gasto Privado/ Gasto Total em saúde	Gasto Público/ Gasto Total em saúde	Gasto Privado/ Gasto Total em saúde
2005	41,6%	58,1%	83,2%	16,7%	45,4%	54,6%
2006	42,9%	56,7%	84,2%	15,8%	46,3%	53,7%
2007	42,5%	57,2%	83,3%	16,8%	46,4%	53,6%
2008	43,7%	56,0%	84,4%	15,6%	47,4%	52,6%
2009	44,0%	55,5%	85,2%	14,8%	48,3%	51,7%
2010	44,9%	54,6%	84,8%	15,2%	48,5%	51,5%
2011	44,3%	55,2%	84,2%	15,8%	48,6%	51,4%
2012	42,9%	55,9%	83,6%	16,4%	48,5%	51,5%
2013	44,5%	55,1%	80,2%	19,8%	48,9%	51,1%
2014	44,0%	55,5%	80,3%	19,7%	50,0%	50,0%
2015	42,8%	56,5%	80,4%	19,6%	50,4%	49,6%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados extraídos da WHO (2018).

Apesar de os gastos privados em saúde no Brasil, entre os anos de 2008 e 2014, terem apresentado queda, e estarem concentrados nos gastos diretos das famílias, houve um avanço na participação dos Planos de Saúde nesta categoria de gasto (BARROS; PIOLA, 2016). Nesta perspectiva, conforme Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE, os gastos privados em saúde, segundo a renda familiar, são realizados de modo diferenciado: enquanto para famílias que ganham até R\$830,00, o gasto concentra-se na compra de medicamento (4,2%),

com baixa participação dos planos e seguros de saúde (0,3%), para famílias com renda superior a R\$10.375,00, os gastos são realizados fundamentalmente com planos de saúde (2,4%), medicamentos (1,9%) (IBGE, 2010, p. 60).

Outra importante distorção no gasto público se refere ao gasto tributário em saúde, o qual baseiam-se em incentivos governamentais que, quando concedidos, o estado deixa de arrecadar parte dos tributos. Entre os anos de 2002 a 2015, houve um crescimento de 374,9% em termos reais nos gastos tributários em saúde, superando R\$25 bilhões em 2015 (ver Tabela 9) (BRASIL, 2016c). Conforme argumentam Ocké-Reis e Santos (2011), a renúncia fiscal em saúde não somente potencializa a atividade hospitalar privada, como também promove a expansão do mercado de planos de saúde, imprimindo sérios prejuízos ao financiamento do SUS e a garantia de acesso universal.

Tabela 9 – Gasto tributário com saúde e impacto no PIB – 2002 a 2015 – em R\$ milhões* e em % PIB

Gasto tributário % PIB						
2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
5.272	4.425	8.616	9.245	10.522	12.749	13.443
0,16%	0,12%	0,24%	0,23%	0,25%	0,28%	0,29%
Gasto tributário % PIB						
2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
19.238	16.972	17.694	24.065	24.030	26.189	25.035
0,38%	0,32%	0,31%	0,41%	0,39%	0,42%	0,42%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de BRASIL (2016c).

*Obs.: A preços de dezembro de 2015 (IGP-DI)

Nessa linha, a subtração de recursos do OSS por meio da DRU representa outro mecanismo de impacto nos recursos destinados à saúde. O percentual de recursos desviados da OSS, que desde 1994 era de 20%, excluindo-se os recursos do seguro desemprego, foi alterado para 30% em 2016, passando de R\$63,4 bilhões, entre 2013 e 2016, para R\$99,4 bilhões, em média, desviados à formação do superávit primário (ANFIP, 2017). Segundo Mendes e Weiller (2015), o gasto com juros e encargos da dívida pública foi de R\$126,3 bilhões em 2012, enquanto o gasto do Ministério da Saúde foi 37% menor, demonstrando o grau de prioridade da saúde pública na agenda nacional.

3 AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE

Este capítulo apresenta as principais técnicas utilizadas em pesquisas de avaliação econômica em saúde (AES) como também pesquisas que demonstram a aplicabilidade da mensuração de custos no setor de saúde. De tal modo, na seção 3.1 é abordada a mensuração dos custos na estrutura pública de saúde do país e a explicação das principais técnicas utilizadas em AES, enquanto que, na seção 3.2 discutem-se trabalhos cuja motivação é a mensuração das perdas econômicas oriundas da subutilização dos serviços ofertados.

3.1 TÉCNICAS DE AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE

Ao longo das últimas décadas, os serviços de saúde ofereceram tratamentos para uma quantidade cada vez maior de doenças, aumentando significativamente, sobretudo pela introdução de novas tecnologias. Paralelamente, a demanda pelos serviços também aumentou, pressionando os recursos públicos, já fragilizados pela desaceleração econômica e, dessa forma, impondo a necessidade de mensuração e controle dos custos nas atividades de saúde (KOBELT, 2013). Nesta perspectiva, os estudos econômicos em saúde configuram-se como um importante instrumento para a produção de informações, subsidiando o processo de planejamento e contribuindo à utilização racional dos recursos econômicos disponíveis.

Considerando o cenário de subfinanciamento da saúde brasileira, que pode ser agravado dada a limitação das despesas públicas pelo período de vinte anos e pela inserção de novos usuários que até então utilizavam exclusivamente planos ou seguros de saúde, as questões relativas aos custos na área de saúde tornam-se relevantes. A própria Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, ao definir as competências e atribuições em todas as esferas de governo já determinam a necessidade de elaboração de normas técnicas e o estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde (BRASIL, 1990).

Esta mesma preocupação está presente também no segundo princípio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que estabelece o direito de o cidadão ter atendimento resolutivo com qualidade, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário, e a garantia, entre outros fatores, informações sobre o estado de saúde, incluindo informações sobre o custo das intervenções das quais se beneficiou (BRASIL, 2007).

Apesar da exigência de informações relativas aos custos na área da saúde, o SUS tem avançado de maneira lenta, não tendo ainda uma base de dados nacional que possa subsidiar o processo de alocação de recursos ou custos dos serviços e dos atendimentos aos usuários. Para Lorenzato, Behr e Goularte (2016), a cultura no estado brasileiro é de controlar o orçamento, a execução orçamentária e não o controle do custo dos produtos e/ou serviços.

Uma vez que a abordagem dos custos em saúde torna-se uma exigência básica, o Ministério da Saúde, por meio de sua área de Economia da Saúde, passou a fomentar, desde 2004, o debate a respeito da importância da gestão de custos para as instituições de saúde. Já em 2005, por meio da Portaria n. 9/SCTIE/MS, foi dado o passo inicial para a institucionalização da gestão de custos no âmbito do SUS por meio da nomeação de um grupo de trabalho, tendo como atribuições, entre outras, sistematizar a proposta da Política Nacional de Gerenciamento de Custos (PNGC) (BRASIL, 2005; EBSEH, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde, o PNGC consiste em conjunto de ações articuladas, visando, por meio da geração, aperfeiçoamento e difusão de informações pertinente a custos, promover a gestão de custos no contexto do SUS, que passará a balizar o processo de otimização do desempenho dos serviços, unidades, regiões e redes de atenção em saúde que integram o sistema de saúde nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Para viabilizar este objetivo, o MS, em parceria com o DATASUS, desenvolveu o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS), que é um sistema *web*, com funcionalidades que permitem sua personalização, facilitando sua adaptação à realidade das unidades de saúde.

Fatores associados ao envelhecimento da população, ao surgimento de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas e a tríplice carga de doenças, marcada pela coexistência de problemas crônicos, infectoparasitários e causas externas, têm contribuído para o estrangulamento econômico dos sistemas de saúde (BRASIL, 2015b). Assim, a implementação do PNGC merece destaque, uma vez que se converte na ruptura com o modelo tradicional de gerenciamento baseado unicamente em aspectos orçamentários, adotado de maneira quase hegemônica na gestão pública.

Outro aspecto, salientado por Vieira (2017), está na capacidade de qualificar a discussão sobre a necessidade de recursos financeiros, tão necessários para a manutenção da universalidade e da integralidade dos serviços de saúde, além de transmutar-se em importante fonte de informações aos estudos de análise econômica em saúde (AES), que contribuem, sobremaneira, para a tomada de decisão e para eficiência do gasto.

Estes estudos, baseados fundamentalmente no conceito de custo de oportunidade, podem ser classificados em avaliações econômicas completas (AECs) ou parciais (AEPs). Enquanto nas primeiras, tanto custos quanto consequências (desfechos em saúde) de duas ou mais alternativas são medidos e comparados, nas segundas, somente os custos ou as consequências são avaliados e de maneira não comparativa (DRUMMOND *et al.*, 2005).

Dentre os principais estudos que utilizam as técnicas de AECs, podem ser citados os de Custo-Benefício, Custo-Efetividade, Custo-Minimização e Custo-Utilidade. Os estudos de Custo-Efetividade consistem naqueles que possibilitam a comparação do impacto de alternativas distintas que compartilham do mesmo objetivo. Conforme Secoli *et al.* (2010), enquanto neste tipo de estudo os custos são medidos em unidades monetárias e os desfechos em unidades clínicas, tais como mortalidade ou hospitalizações evitadas, nos estudos de Custo-Benefício, na mensuração econômica das intervenções, tanto os custos quanto os benefícios são avaliados em termos monetários.

Seguindo, nas análises de Custo-Minimização, são comparadas alternativas que produzem resultados semelhantes, em termos de efetividade, tendo apenas diferença nos custos totais. Já nas avaliações de Custo-Utilidade, comparam-se os custos associados às opções de intervenção e os efeitos destas intervenções na sobrevivência dos pacientes, sendo esta última quantificada por meio de uma unidade qualitativa (QALY ou Ano de Vida Ajustado por Qualidade – AVAQ), que leva em conta tanto o tempo quanto a qualidade de sobrevivência oriunda das opções (BRASIL, 2008; DALLORA; FORSTER, 2008; MORAZ *et al.*, 2015)

No que tange às AEPs, os trabalhos podem ser tipificados como análise de custo, análise de resultados e as avaliações de descrição de custo e resultados. As análises que descrevem as consequências de uma alternativa ou custos, sem efetuar comparações com alternativas, representam as denominadas Descrição de Resultado ou Descrição de Custos, respectivamente. Por outro lado, quando custos e consequências de um único serviço ou programa são descritos, a avaliação é chamada de Descrição de Custos-Resultados. Por fim, há a Análise de Custos, que compara os custos de duas ou mais intervenções, contudo sem considerar suas consequências. (SOÁREZ, 2012).

Dada a variedade de técnicas de avaliação econômica e as restrições financeiras impostas aos sistemas de saúde, o interesse pela utilização de tais técnicas para a definição de políticas e investimentos em saúde tem crescido de maneira significativa. Neste contexto, Couttolenc (2001) assevera que, apesar da atividade avaliativa das políticas e ações estarem orientadas à dimensão econômica, isto não significa sua predominância sob as demais

dimensões, mas que a incorporação aos processos decisórios não deve ser ignorada, visto que determinam a adoção de políticas de saúde e a alocação de recursos.

3.2 ABORDAGENS DE MENSURAÇÃO DO CUSTO NA ÁREA DE SAÚDE: ABSENTEÍSMO

A ausência dos usuários às consultas ou exames é um fenômeno que desafia os diversos sistemas de saúde, independente do estado de desenvolvimento dos países, sendo, dessa forma, fonte de interesse de diversos estudos nos últimos anos. Conforme Bech (2005), há uma quantidade significativa de estudos que exploram as causas do absenteísmo e a eficácia das intervenções utilizadas na redução da taxa de ausência, contudo poucos exploram o problema ou as intervenções utilizadas segundo a perspectiva econômica.

Nos Estados Unidos, Berg *et al.* (2013) mensuraram o impacto econômico causado pela ausência dos pacientes em exames de endoscopia e o efeito do agendamento adicional de pacientes (*overbooking*) nos ganhos econômicos do ambulatório. Para isso, compararam o ganho líquido ideal, considerando a utilização máxima da capacidade instalada do ambulatório, sendo definido em 24 consultas diárias, e o ganho líquido real, considerando a taxa de 18% de absenteísmo. Com a ajuda de um simulador, projetaram diferentes quantitativos adicionais de pacientes, com diferentes formas de distribuição ao longo de um dia de trabalho. Com isso, concluíram que o maior ganho líquido seria se houvesse a distribuição de 9 pacientes adicionais ao longo do dia.

Já Guzek, Gentry e Golomb (2015), em um estudo de coorte retrospectiva, avaliaram as receitas perdidas, no período de julho de 2013 e junho de 2014, em virtude da ausência dos pacientes às consultas médicas ou procedimentos da especialidade Neurologia Pediátrica, de duas instituições de saúde localizadas na cidade de Indiana, nos Estados Unidos. No período estudado, a taxa média anual de absenteísmo foi de 26%, sendo estimado em U\$257.724,57 a perda total de reembolso. Visando enfrentar os índices de ausência dos pacientes, os membros da equipe efetuaram ligações telefônicas três e dois dias antes da consulta, em formato de chamada telefônica automática, não acarretando, no entanto, alteração nos índices de absenteísmo.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Huang *et al.* (2017) realizaram uma análise retrospectiva, no período compreendido entre os anos de 2015 e 2016, com pacientes que faltaram às consultas médicas da especialidade Otorrinolaringologia Pediátrica. Conforme resultados, das 17.569 consultas agendadas, 2.587 foram perdidas, representando perdas de

U\$191 mil e U\$384 mil por ano, conforme o tipo de cobrança utilizado para a consulta, o qual estava diretamente vinculado a presença ou ausência de seguro do usuário.

Já na Espanha, Jabalera Mesa *et al.* (2017), por meio de um estudo multicêntrico de caso e controle, diferencia-se dos estudos anteriormente citados, pelo fato de estimar o custo do absenteísmo por meio de uma análise de custo. Para isto, utilizou valores referentes à custos diretos (custos com pessoal, material, equipamento e fármacos) e custos estruturais (lavanderia, limpeza, segurança, manutenção, administração e informática) de três instituições de saúde da Agência Sanitária Costa Del Sol, com dados referentes ao último semestre de 2013 e o primeiro semestre de 2014. Segundo o estudo, de 400.761 consultas agendadas no período, 55.249 foram perdidas, sendo 13,79% a taxa de absenteísmo e o custo total estimado em €3.386.919 euros (R\$14.307.023,24) e €12,95 euros (R\$54,70) o sobrecusto por reagendamento.

Outro estudo desenvolvido por Jabelera Mesa, Morales Asencio e Rivas Ruiz (2015), contando com a participação de 882 pacientes, mensurou os custos econômicos do absenteísmo e os principais motivos que levaram os pacientes a não comparecerem aos compromissos de saúde previamente agendados. Para essa verificação foram realizadas entrevistas telefônicas, sendo coletadas informações sociodemográficas e referentes aos próprio pacientes (idade, sexo, nível escolar, autopercepção saúde, nacionalidade, percepção do atendimento, ocupação, licença médica, dependentes, grau de dependência, meio de transporte habitual utilizado para ir ao hospital, frequência de consultas médicas no último ano, frequência de urgências nos últimos seis meses), além de informações a respeito do sistema e processos de atenção (tipo de consulta, especialidade médica, tipo de aviso, demora à efetiva marcação da consulta e distância entre a residência e o local de consulta).

Para os sujeitos classificados dentro do grupo caso (absenteístas), foi perguntado qual o motivo do não comparecimento a instituição de saúde, sendo posteriormente estes motivos classificado como evitáveis ou não evitáveis. A avaliação dos custos econômicos foi feita a partir do custo unitário por centro e especialidade, sendo considerado custos diretos (custos com pessoal, material, equipamento e fármacos) e custos indiretos estruturais (lavanderia, limpeza, segurança, manutenção, administração e informática). Os resultados demonstraram que os pacientes jovens, sem históricos de consultas anteriores representam um grupo de risco para ausência nas consultas agendadas, sendo que mais da metade das justificativas foram classificadas como evitáveis, sendo o esquecimento (57%) e falta de comunicação (31%) os motivos mais recorrentes.

Considerando a necessidade de combater os motivos evitáveis, em um estudo de coorte retrospectiva, utilizando dados referentes às consultas agendadas no período de 1997 a 2008, Kheirkhah *et al.* (2016) avaliaram o impacto econômico causado pelo absenteísmo de consultas ambulatoriais em uma importante instituição de saúde situada em Houston, Texas. Utilizando o custo médio por consulta, incluindo custos diretos (suprimentos e diretos fixos) e custos indiretos, o estudo mensurou um desperdício superior a U\$28 milhões em 2008 (R\$105.313.600,00), sendo a taxa média de absenteísmo de 14,2% neste ano.

Na perspectiva de Bech (2005), o não comparecimento dos usuários aos serviços de saúde dá origem a dois tipos de custos: custos sociais e custos financeiros. Segundo o autor, os custos sociais podem ser identificados na perda de valor dos recursos não utilizados ou quando os mesmos são utilizados de maneira inadequada, enquanto os custos financeiros são representados pela perda de receita, uma vez que, em alguns casos, parte da receita origina-se da efetiva prestação de serviços. Assim, é fundamental que as unidades de saúde acompanhem de maneira sistemática sua produção, criando mecanismos que permitam o rastreamento de espaços subutilizados, sobretudo pelo alto custo das atividades de assistência à saúde.

Nesta linha, Dall Asta e Barbosa (2014) propuseram um modelo conceitual, baseado em etapas de aplicação, para a mensuração de desperdício por ociosidade em hospitais privados. Foi utilizado o método de custeio por absorção ideal, onde ocorre a agregação de custos fixos e variáveis aos produtos, permitindo, por meio da comparação do custo da capacidade produtiva instalada (ideal) e o custo da efetiva produção (real), a quantificação do quanto não é produzido e seu impacto econômico à organização.

Portanto, a problemática da mensuração das perdas por ociosidade, antes restrita aos setores privados de produção, passaram, de uma maneira lenta, mas constante, a permear os serviços geridos pelo estado. Nesse sentido, tal fenômeno, que ocorre de maneira democrática e começa também a incorporar-se na vida pública de economias com diferentes graus de desenvolvimento, revela-se importante não somente por propiciar a gestão do custo, mas também por viabilizar a análise de resultados, dando transparência à dinâmica econômica das instituições custeadas pela sociedade.

4 HUSM: ESTRUTURA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Este capítulo tem o objetivo de apresentar, de maneira ampliada, a instituição na qual o Ambulatório de Atenção Psicossocial é integrante, descrevendo o cenário no qual a instituição está inserida. Na subseção 4.1, apresentam-se dados referentes à sua estrutura produtiva e principalmente os quantitativos do absenteísmo ambulatorial na instituição os quais estão na subseção 4.2.

4.1 ESTRUTURA INSTITUCIONAL

O HUSM, órgão suplementar da Universidade Federal de Santa Maria, desde 1970, atua como hospital de ensino, prestando serviços de assistência à saúde integralmente a usuários do SUS, além do desenvolvimento de atividades de ensino. A partir de 17 de dezembro de 2013, a gestão do complexo de saúde passou a ser de responsabilidade da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao Ministério da Educação e criada por meio da Lei n. 12.550 com a finalidade de gerir o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), criado pelo Decreto n. 7.082 de 27 de janeiro de 2010 (EBSERH, 2017a; HUSM, 2017d).

Em termos de estrutura física, o hospital ocupa 60.000 m², sendo 30.000 m² de área construída, movimenta diariamente cerca de 6.000 pessoas, entre pacientes, acompanhantes, alunos, funcionários, residentes e docentes (HUSM, 2017d). Conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a instituição é classificada como Hospital Geral, sendo definido pela Portaria n. 511/2000 como:

[...] estabelecimento destinado a internações de pacientes com atendimento nas especialidades básicas, diagnóstico e tratamento, com existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico 24h, dispondo de serviço de laboratório e radiologia, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos (BRASIL, 2000, p. 21).

Seus indicadores mostram elevados índices de cura, sobretudo em leucemias da infância, sendo referência nacional no Serviço de Leucemia de Oncologia Pediátrica e, seu Centro de Transplante de Medula Óssea é o único do interior do Estado, recebendo pacientes de todo Rio Grande do Sul (HUSM, 2017d). Os serviços de Nefrologia, Cardiologia e Traumatologia são habilitados como Unidades de Alta Complexidade e o serviço de

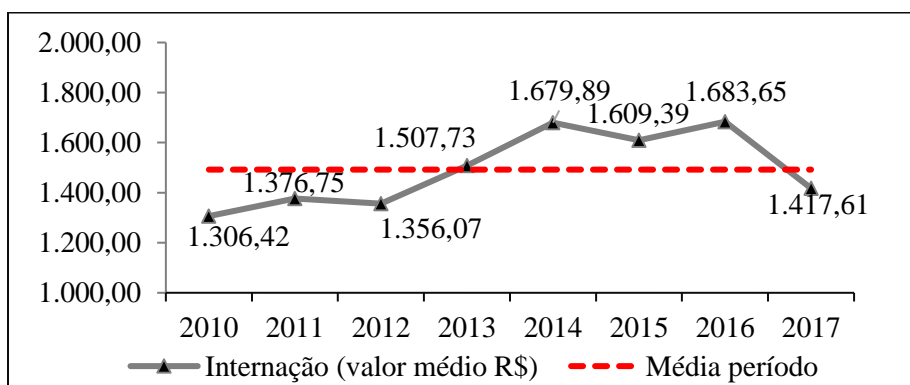
Obstetrícia, com foco no atendimento à gestação de alto risco, é o único serviço de atendimento desta natureza com atendimento de pacientes oriundas da atenção básica (demanda programada) e pacientes que comparecem à unidade hospitalar sem prévio agendamento (demanda espontânea).

A importância do HUSM no âmbito da saúde pública reflete-se no quantitativo de serviços prestados à população. Quanto à estrutura disponível para serviços que demandam a internação dos usuários, o HUSM conta com 403 leitos, distribuídos em leitos Cirúrgicos, Clínicos, Obstétricos, Pediátricos, Hospital Dia (Saúde Mental e portadores de HIV), para pacientes crônicos e Complementares (Unidades de Cuidados Intermediários, Unidade de Terapia Intensiva). No que concerne aos serviços de cuidados intensivos, atualmente encontra-se em fase de construção a Central de Unidades de Tratamento Intensivos (UTIs), que reunirá as UTIs Adulto, Pediátrica, Neonatal e Coronariana, ampliando assim a capacidade instalada, que atualmente conta com 45 leitos e passará a ofertar 82 leitos (HUSM, 2017d).

Segundo indicadores de produção para o ano de 2017, na instituição ocorreram em média 1.267 internações mensais, sendo que 68,9% ocorreram em caráter de urgência e 31,10% em caráter eletivo, com média de permanência de 7,53 dias e taxa média de ocupação de seus leitos de 92,4% (CNES, 2018; HUSM, 2018).

Diante da intensa dinâmica de serviços prestados, os recursos financeiros aprovados pelo gestor estadual, relativos a assistência de pacientes internados, foi em média de R\$16,1 milhões anuais, no período compreendido entre 2010 e 2017. O valor médio por internação foi de R\$1.492,19 reais, conforme Figura 3.

Figura 3 – Valor médio por internação, segundo contas aprovadas para o período 2010-2017, em R\$



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (2018).

A distribuição destes valores, segundo a complexidade dos procedimentos principais realizados, revela que no período 2010-2017 mais da metade dos valores aprovados anualmente (53,54%) estavam relacionados à procedimentos de média complexidade, conforme Tabela 10.

Tabela 10 – Valores aprovados por internações, segundo ano de processamento das contas hospitalares e complexidade do procedimento principal, para o período 2010-2017, em R\$ e em %

Ano de processamento	Média complexidade	%	Alta complexidade	%	Total
2010	8.669.971,44	59,40%	5.926.696,85	40,60%	14.596.668,29
2011	7.792.807,77	53,28%	6.833.740,07	46,72%	14.626.547,84
2012	7.204.211,54	55,13%	5.862.908,49	44,87%	13.067.120,03
2013	6.985.179,61	50,46%	6.858.822,32	49,54%	13.844.001,93
2014	7.602.592,31	47,99%	8.240.453,12	52,01%	15.843.045,43
2015	9.147.159,72	52,54%	8.261.558,80	47,46%	17.408.718,52
2016	11.217.879,65	50,56%	10.970.936,11	49,44%	22.188.815,76
2017	10.231.144,78	58,99%	7.113.301,91	41,01%	17.344.446,69
Média	8.606.368,35	53,54%	7.508.552,21	46,46%	16.114.920,56

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (2018).

Para intervenções cirúrgicas, a instituição conta com um bloco cirúrgico, composto por sete salas para cirurgias, sendo uma para atendimento ininterrupto (24h) e uma reservada para pacientes obstétricas, sendo em média, realizados 636 procedimentos mensais na unidade, cabendo destaque para a especialidade Cirurgia Geral e Traumatologia e Ortopedia, que juntas realizaram 3.581 (47,89%) procedimentos dos 7.637 procedimentos realizados em 2017 (HUSM, 2018).

Seus serviços ambulatoriais são referenciados para os 32 municípios vinculados à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), com sede em Santa Maria e, em algumas especialidades¹¹, para os 11 municípios sob jurisdição da 10ª CRS, com sede em Alegrete (HUSM, 2017d). As ações e serviços de saúde prestados na média e na alta complexidades são referência, atingindo a Macrorregião de Saúde Centro-Oeste do Rio Grande do Sul, composta por três Regiões de Saúde (Verdes Campos, Entre-Rios e Fronteira Oeste), totalizando 1.039.343 habitantes (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

¹¹ São ofertadas para a 10ª CRS consultas nas especialidades Oncologia Pediátrica, Hematologia, Angiologia, Cirurgia de Cabeça de Pescoço (Oncologia), Cirurgia Torácica (Oncologia) além de exames e consultas relacionados às especialidades de Fonoaudiologia e Otorrinolaringologia.

À esta população, os serviços ambulatoriais são ofertados por 45 especialidades médicas e não-médicas, sendo agendadas em 2017 um total de 213.669 consultas eletivas, correspondendo a 17.805 consultas agendadas por mês (HUSM, 2017c). Para dar suporte a esta demanda, a infraestrutura física disponibiliza 58 consultórios com Ambulatórios de Especialidades e 14 salas de procedimentos, curativos, vacinas, farmácia, avaliação nutricional, atendimento odontológico, triagem e acolhimento, além de uma estrutura própria de Serviços de Diagnóstico por Imagem¹² e de Apoio Terapêutico¹³.

Entre os anos de 2015 a 2017, o HUSM realizou 2.866.169 procedimentos ambulatoriais, sendo 82,6% destes de média complexidade, 10% de alta complexidade, 7,3% da atenção básica e 0,1% não se aplica¹⁴. Quanto aos valores, o total apresentado foi, em média, R\$20,4 milhões por ano, sendo que 63,6% deste valor é referente a procedimentos de alta complexidade, 33,42% de média complexidade e 2,98% não se aplica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

4.2 ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL

Apesar de o Ministério da Saúde apresentar um conjunto de informações quanto ao quantitativo de consultas realizadas pelos profissionais do HUF, os índices de exames e consultas não efetuadas em virtude do absenteísmo ambulatorial não são contabilizados. Conforme aponta os relatórios da instituição, entre os anos de 2015 e 2017, considerando exames, consultas médicas e consultas de outros profissionais, a média anual foi de 12,21%, com destaque para o elevado índice de faltas no ano de 2015.

Traçando um paralelo entre o número de consultas agendadas e o quantitativo de consultas perdidas, é possível verificar que, enquanto o número de consultas agendadas aumentou em média 5,78% ao ano, por outro lado, o número de consultas não realizadas (perdidas) cresceu de maneira mais lenta, contabilizando um crescimento médio de 2,18% ao ano, conforme Tabela 11 (HUSM, 2018).

¹² Serviço de Radiologia, Unidade de Hemodinâmica, Traçados Gráfico, Endoscopia e Broncoscopia. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia>. Acesso em: 23 mar. 2018.

¹³ Unidade de Radioterapia, Quimioterapia, Fisioterapia, Reabilitação, Fonoaudiologia, sala de aula para crianças internadas, sala de recreação Terapêutica Infantil e Brinquedoteca. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia>. Acesso em: 23 mar. 2018.

¹⁴ São procedimentos nos quais os atributos de complexidades não podem ser aplicados. Ex.: procedimento 07.04.08.002-7 - Prótese Auricular (BRASIL, 2018).

Tabela 11 – Números do absenteísmo em consultas e exames no HUSM, entre 2015 e 2017

Ano	Consulta Agendada			Paciente Faltou			
	Frequência	Variação (Ano)	Variação Média	Frequência	Absenteísmo	Variação (Ano)	Variação Média
2015	190.792	-	-	25.769	13,51%	-	-
2016	208.599	9,33%	-	25.757	12,35%	-0,05%	-
2017	213.487	2,34%	5,78%	26.906	12,60%	4,46%	2,18%

Fonte: HUSM (2018).

Considerando as 15 especialidades que mais agendaram consultas e exames no período, chega-se ao total de 419.859 agendamentos efetuados, representando 68,5% do total de consultas agendadas (612.878) pela instituição no período (2015-2017). Além disso, a análise das faltas ambulatoriais sob a perspectiva da especialidade e do tipo agendamento das consultas, revela que, entre as 15 especialidades que mais agendaram consultas, o menor índice refere-se à especialidade Cancerologia (6,92%) e a maior índice diz respeito à especialidade Psiquiátrica (21,21%), conforme Tabela 12.

Tabela 12 – Panorama das consultas agendadas dentre as 15 especialidades com maior número de agendamento, entre 2015 e 2017

Especialidade	Paciente Atendido	Paciente Faltou	Consultas Agendadas	% Absenteísmo	% Presença
Cancerologia	54.725	4.093	59.131	6,92%	92,55%
Pediatria	37.091	5.405	42.876	12,61%	86,51%
Ginecologia e Obstetrícia	30.395	5.437	36.216	15,01%	83,93%
Enfermagem	32.609	2.665	35.482	7,51%	91,90%
Fonoaudiologia	25.341	3.450	29.259	11,79%	86,61%
Psiquiatria	21.531	5.846	27.560	21,21%	78,12%
Endocrinologia e Metabologia	23.143	3.574	27.101	13,19%	85,40%
Dermatologia	21.222	4.135	25.452	16,25%	83,38%
Ortopedia e Traumatologia	21.472	3.282	25.247	13,00%	85,05%
Gastroenterologia	20.019	3.988	24.088	16,56%	83,11%
Urologia	17.775	2.530	20.364	12,42%	87,29%
Otorrinolaringologia	14.959	3.062	18.245	16,78%	81,99%
Reumatologia	15.330	1.831	17.642	10,38%	86,89%
Pneumologia	14.533	2.689	17.471	15,39%	83,18%
Cardiologia	11.513	1.867	13.725	13,60%	83,88%
Demais	164.243	24.578	193.019	12,73%	85,09%
Total	525.901	78.432	612.878	-	-
Média (ano)	175.300	26.144	204.293	-	-

Fonte: HUSM (2018).

Dada a percepção dos usuários acerca da letalidade dos casos de câncer e do conhecimento de que o diagnóstico tardio dificulta o tratamento com o objetivo curativo, reduzindo o tempo de sobrevivência e qualidade de vida do paciente, encontrar baixo índice de faltas neste tipo de especialidade não causa surpresa (SILVA *et al.*, 2015). Em pesquisa realizada com novos pacientes, no ambulatório oncológico do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Mazza e Costa (2014) identificaram que falhas organizacionais no processo de agendamento e cadastramento dos usuários tiveram sensível implicação na taxa de presenças do ambulatório.

De outro modo, os resultados apontaram que, dentre os motivos categorizados como relacionados ao indivíduo ou ao seu comportamento, a realização de consulta médica em outro estabelecimento e o agendamento coincidente com outro compromisso, foram os principais motivos elencados pelos pacientes faltantes.

Quanto ao índice de 21,21% de ausências dos pacientes agendados no AAPS, embora menor que os 36% registrado por Bittar (2016), foi ligeiramente superior ao índice de 20,5% encontrado por Giacchero e Miasso (2008), considerando resultados em um ambulatório de psiquiatria do interior do estado de São Paulo. Segundo esses autores, a ausência pode repercutir na adesão às terapias medicamentosas, muito comum à esta categoria de pacientes, podendo comprometer as condições clínicas e a qualidade de vida dos pacientes.

Ao desagregar os dados sob a perspectiva do tipo de consulta, os valores sinalizam a Psiquiatria como destaque em todas as análises. Quanto ao índice de ausência em primeiras consultas, nas quais as 15 especialidades que mais agendaram, respondem por 71,31% do total de novas consultas agendadas no período, o menor índice de comparecimento corresponde aos usuários do AAPS, atingindo 72,32% (ver Tabela 13). Este resultado é expressivo, visto que os usuários que não comparecem às primeiras consultas devem retornar aos postos de saúde para conseguir novo encaminhamento, pressionando ainda mais o sistema de saúde pública.

Neste contexto, assim como a Psiquiatria, os percentuais de ausências das especialidades Endocrinologia e Metabologia, Oftalmologia e Dermatologia ultrapassam a taxa de 20% de ausências. Conforme argumenta Barcelos (2016), os baixos índices de presença em primeiras consultas podem estar relacionados a falhas de comunicação entre as centrais de regulação e os usuários.

Tabela 13 – Produtividade das 15 especialidades que mais ofertaram primeiras consultas, no período de 2015 a 2017

Especialidade	Paciente Atendido	Paciente Faltou	Consultas Agendadas	% Absenteísmo	% Presença
Fonoaudiologia	14.393	1.466	15.961	9,18%	90,18%
Oftalmologia	6.430	1.876	8.456	22,19%	76,04%
Ginecologia e Obstetrícia	5.663	1.183	6.927	17,08%	81,75%
Otorrinolaringologia	4.664	1.016	5.737	17,71%	81,30%
Dermatologia	4.308	1.296	5.624	23,04%	76,60%
Gastroenterologia	4.380	915	5.306	17,24%	82,55%
Endocrinologia e Metabologia	4.064	1.043	5.168	20,18%	78,64%
Serviço social	4.257	18	4.275	0,42%	99,58%
Pediatria	3.411	777	4.262	18,23%	80,03%
Cancerologia	3.436	411	3.877	10,60%	88,63%
Psiquiatria	2.239	833	3.096	26,91%	72,32%
Cirurgia vascular	2.461	467	2.948	15,84%	83,48%
Pneumologia	2.360	517	2.911	17,76%	81,07%
Neurologia	2.293	520	2.826	18,40%	81,14%
Reumatologia	2.257	536	2.822	18,99%	79,98%
Demais	26.734	4.971	32.252	15,41%	82,89%
Total	93.350	17.845	112.448	-	-

Fonte: HUSM (2018).

No entanto, não se deve considerar o problema do absenteísmo de primeira consulta como um fenômeno centrado unicamente nos usuários, uma vez que pode estar relacionado também às características organizacionais da rede de atenção, sobretudo na qualidade de referenciamento da atenção básica à especializada (MACHADO, 2013; LAMAS *et al.*, 2008). No que concerne às consultas de retorno, às quais correspondem aos encontros de acompanhamento originado a partir de uma primeira consulta, os índices de não comparecimento igualmente são elevados, correspondendo a 20,22% à Psiquiatria, conforme Tabela 14. Essa categoria de consulta é a mais demandada no AAPS, uma vez que o tratamento dos pacientes nesta especialidade, por vezes, desenvolve-se por longos períodos.

Nestes termos, o absenteísmo em consultas de retorno da Psiquiatria pode estar associado à inadequação do paciente à conduta, aos resultados do tratamento ou até mesmo barreiras financeiras, podendo ter como consequência o recrudescimento do problema, evoluindo para a deterioração do estado de saúde com possibilidade de recorrer à internação (Killaspy *et al.*, 2000). Logo, o não comparecimento do paciente às consultas podem acarretar um maior dispêndio de recursos públicos, visto que a internação hospitalar possui maior custo quando comparada ao acompanhamento ambulatorial.

Tabela 14 – Produtividade das 15 especialidades que mais ofertaram consultas de retorno no período de 2015 a 2017

Especialidade	Paciente Atendido	Paciente Faltou	Consultas Agendadas	% Absenteísmo	% Presença
Cancerologia	51.259	3.680	55.222	6,66%	92,82%
Pediatria	33.200	4.528	38.028	11,91%	87,30%
Enfermagem	30.629	2.591	33.422	7,75%	91,64%
Ginecologia e Obstetrícia	24.212	4.125	28.636	14,40%	84,55%
Psiquiatria	18.998	4.854	24.001	20,22%	79,16%
Ortopedia e Traumatologia	18.995	2.743	22.160	12,38%	85,72%
Endocrinologia e Metabologia	18.532	2.429	21.277	11,42%	87,10%
Dermatologia	16.179	2.652	18.905	14,03%	85,58%
Gastroenterologia	15.130	2.960	18.158	16,30%	83,32%
Urologia	14.819	2.103	16.971	12,39%	87,32%
Reumatologia	12.637	1.243	14.325	8,68%	88,22%
Pneumologia	11.719	2.084	14.014	14,87%	83,62%
Fonoaudiologia	10.948	1.984	13.298	14,92%	82,33%
Otorrinolaringologia	9.671	1.902	11.732	16,21%	82,43%
Nefrologia	10.055	1.425	11.530	12,36%	87,21%
Demais	124.296	17.215	145.241	11,85%	85,58%
Total	421.279	58.518	486.920	-	-

Fonte: HUSM (2018).

Complementando, analisam-se as informações da interconsulta, outra modalidade de atendimento ambulatorial utilizada, que se refere à consulta requisitada entre especialidades médicas diferentes e por profissionais cujas atividades desenvolvem-se no próprio HUSM, configurando-se como uma demanda interna. Conforme verifica-se, para o período de 2015 a 2017, o menor índice de comparecimento nesta modalidade de consulta está vinculado aos pacientes da AAPS (34,57%), apesar do número de consultas agendadas por esta especialidade ser em torno de 2,5 vezes menor que a especialidade com maior agendamento (Oftalmologia), conforme observado na Tabela 15. Os motivos de tais ausências podem estar relacionados, assim como a primeira consulta, a percepção, por parte do paciente, que o seu problema está resolvido ou com a discordância acerca da necessidade do encaminhamento à consulta psiquiátrica (Killaspy *et al.*, 2000).

Sobre isso, Ferreira (2015) com o intuito de analisar o acesso dos usuários a consultas da especialidade gastrocirurgia em duas instituições hospitalares da cidade de Ribeirão Preto, encontrou índice de absenteísmo de 21,2% e 8,5% respectivamente, referente ao ano de 2014. Segundo Pereira-Victorio *et al.* (2016), a ausência dos usuários em interconsultas pode estar

relacionado a motivos alheios à sua responsabilidade, dado que a consulta muitas vezes não é agenda no momento da sua requisição, sendo necessário confirmação do agendamento posteriormente.

Tabela 15 – Produtividade das 15 especialidades que mais ofertaram interconsultas, no período de 2015 a 2017

Especialidade	Paciente Atendido	Paciente Faltou	Consultas Agendadas	% Absenteísmo	% Presença
Oftalmologia	916	136	1.070	12,71%	85,61%
Dermatologia	735	187	923	20,26%	79,63%
Otorrinolaringologia	623	144	775	18,58%	80,39%
Radioterapia	640	42	715	5,87%	89,51%
Ginecologia e Obstetrícia	519	129	652	19,79%	79,60%
Endocrinologia e Metabologia	542	102	651	15,67%	83,26%
Gastroenterologia	508	113	623	18,14%	81,54%
Urologia	549	62	614	10,10%	89,41%
Pediatria	479	100	585	17,09%	81,88%
Neurologia	472	105	581	18,07%	81,24%
Pneumologia	454	88	546	16,12%	83,15%
Reumatologia	435	52	494	10,53%	88,06%
Psiquiatria	291	159	460	34,57%	63,26%
Coloproctologia	367	60	427	14,05%	85,95%
Cirurgia geral	349	70	421	16,63%	82,90%
Demais	3.248	508	3.812	13,33%	85,20%
Total	11.127	2.057	13.349	15,41%	83,35%

Fonte: HUSM (2018).

Apesar da AAPS ter um número baixo de interconsultas, não deve ser considerado como algo pontual, dada a magnitude dos recursos envolvidos no provimento dos serviços da instituição. Nesse sentido, La Forgia e Couttolenc (2009) apontam que, no sistema hospitalar é importante a análise das variáveis que interferem no seu desempenho, visto que o comprometimento da eficiência na dinâmica dos serviços hospitalares afeta diretamente os resultados obtidos pelas instituições. Desse modo, em virtude da gama de serviços ofertados pelos hospitais, que podem ser identificados não somente nos procedimentos clínicos e cirúrgicos complexos realizados, mas também por uma contabilidade complexa, a administração destas instituições torna-se, na mesma proporção complexa e, tanto a sua supervisão quanto o controle apresentam-se como desafiadores.

5 METODOLOGIA

Este capítulo tem por objetivo descrever os procedimentos metodológicos que são utilizados no estudo. Primeiramente, apresentam-se os conceitos pertinentes ao delineamento da pesquisa (5.1), em seguida, desenvolve-se abordagem acerca do método de cálculo (5.2), e por fim o resumo metodológico (5.3).

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A qualidade dos resultados do estudo depende da correta definição dos métodos e procedimentos a serem adotados, a observação e coleta de dados, a mensuração das variáveis e as técnicas de análise dos dados, conforme Beuren *et al.* (2004). Nesta linha, a pesquisa científica, entendida como um conjunto de processos sistemáticos e empíricos para o estudo de um fenômeno, pode ser classificada levando-se em consideração quatro perspectivas, quais sejam: natureza, abordagem, objetivos e procedimentos técnicos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

A natureza da pesquisa é aplicada, devido ao seu interesse prático, tendo em vista que foi realizada a coleta, com delineamento transversal retrospectivo, e tratamento dos dados a fim de mensurar o impacto econômico oriundo da ausência dos usuários nas consultas do Ambulatório de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário de Santa Maria. Como ressaltado por Silva e Menezes (2005), a pesquisa aplicada tem por objetivo gerar conhecimento subsidiando a aplicação prática e direcionada à solução de problemas específicos.

Quanto a abordagem, o estudo caracteriza-se como qualitativo e quantitativo, uma vez que são utilizadas informações coletadas tanto de dados institucionais, quanto de dados obtidos por meio de entrevistas. Desta forma, essa pesquisa constitui-se de duas etapas que compreendem os dados quantitativos e qualitativos, respectivamente.

As investigações tratadas com a análise qualitativa, conforme Oliveira (2011), tem como objetivo situações complexas ou estritamente particulares que são abordadas em profundidade, em seus aspectos multidimensionais. Complementando, estes estudos, podem não somente descrever a complexidade de determinado problema, mas também analisar a interação de suas variáveis entre si e com o todo. Para Minayo (1996), as metodologias

qualitativas são capazes de incorporar as questões do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações, estruturas sociais, sendo estas compreendidas como construções humanas significativas.

Utilizando-se de comparação, Fonseca (2002, p. 20) explicita que, “diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa”. Além disso, a pesquisa quantitativa centra-se na objetividade, sendo influenciada pelo positivismo, ao considerar que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros.

No que se refere ao objetivo proposto, o estudo classifica-se como descritivo. Segundo Gil (2002), esse tipo de pesquisa tem como principal característica a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou mesmo o estabelecimento de relação entre um conjunto de variáveis.

No que tange os procedimentos técnicos, o trabalho insere-se no contexto de um estudo de caso. Para Gil (2002), esta modalidade de pesquisa consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. Complementando, sob a perspectiva de Martins (2008), a metodologia de estudo de caso pode ser aplicada quando se deseja avaliar ou descrever situações dinâmicas em que o fator humano está presente.

A caracterização da pesquisa encontra-se sintetizada na Figura 4.

Figura 4 – Caracterização da pesquisa

Quanto à abordagem	Quanto à natureza	Quanto aos objetivos	Quanto aos procedimentos
<p>Pesquisa qualitativa</p> <p>Pesquisa quantitativa</p>	<p>Pesquisa aplicada</p>	<p>Pesquisa descritiva</p>	<p>Estudo de caso</p>

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Gerhardt e Silveira (2009).

Finalizando, na seção 5.2, são apresentadas as equações utilizadas na etapa quantitativa deste trabalho, bem como informações acerca das variáveis utilizadas e fontes de acesso.

5.2 MÉTODO DE CÁLCULO

Com o intuito de valorar os custos econômicos incorridos em virtude da ausência dos pacientes nos compromissos agendados no AAPS, é utilizado o método de análise de custos por absorção. A utilização do referido método de custeio, justifica-se por ser o único sistema de custeio aceito pela legislação (LIMA; MORAES FILHO, 2016), por sua ampla utilização nas instituições de saúde e pelo fato de ser a metodologia utilizada pelo Programa Nacional de Gestão do Custo (PNGC) (ARRUDA, 2014; BRASIL, 2013).

Neste método, tanto os custos fixos (aqueles que não são afetados pela quantidade produzida) quanto os custos variáveis (aqueles cujo montante é afetado pelo volume produzido) devem ser absorvidos no custo dos bens e serviços produzidos (VIEIRA, 2017).

Outra forma de classificação dos custos, relaciona-se com o modo como se dá a alocação do custo ao produto ou serviço prestado. Neste contexto, segundo Falk (2001), os custos diretos são aqueles que clara e diretamente estão associados ao objeto de custo, enquanto os custos indiretos, são aqueles que não podem ser vinculados diretamente ao produto, sendo necessário a utilização de critérios de rateio para sua alocação ao objeto de custo.

O custeamento destes produtos, segundo Rocha e Martins (2015), é realizado por meio da formação de grupos, denominados por centro de custos, os quais são definidos como entidades contábeis nas quais os custos dos recursos humanos, materiais, tecnológicos são acumulados, elemento a elemento. Neste trabalho, é utilizada a classificação proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), que classifica os centros de custos segundo a natureza dos serviços realizados, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Centros de Custos e sua definição

Centro de Custos	Definição
Administrativo	Relacionados às atividades de natureza administrativa, prestando serviços, também, a outros centros de custo administrativo, produtivos e auxiliares.
Intermediário ou auxiliar	São aqueles que produzem bens ou serviços que dão sustentação à assistência ao paciente.
Produtivo	São aqueles que são produtores de serviços finais, sendo, usualmente, aqueles que atendem diretamente ao paciente (usuário/cidadão).

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2013).

Para o desenvolvimento deste trabalho, são considerados como custos diretos do centro de custo do Ambulatório de Atenção Psicossocial (AAPS), aqueles relacionados diretamente aos produtos ou serviços de saúde prestados, sendo estes originários do próprio ambulatório: gastos com pessoal (médicos, enfermeiros e residentes). Por sua vez, tomando por base o estudo de Siqueira Filha (2011), os custos indiretos são considerados aqueles originários do centro de custo administrativo e intermediário: atividades administrativas, recepcionistas, serviço de arquivo médico, limpeza, manutenção e suporte em computadores, manutenção e suporte em telefonia, radiocomunicadores, vigilância, monitoramento, energia elétrica e água. O Quadro 2 sintetiza, as informações utilizadas para a estimativa do custo do absenteísmo.

Quadro 2 – Classificação dos custos do AAPS e fórmulas de cálculo

CUSTOS DIRETOS	
Itens	Fórmula de Cálculo
Médicos	\sum Salário e encargos sociais
Enfermeiros	\sum Salário e encargos sociais
Residentes	\sum Bolsas de estudo
CUSTOS INDIRETOS	
Itens	Fórmula de Cálculo
Administrativo (AAPS)	\sum Salário e encargos sociais + \sum Salário e encargos sociais do chefe da unidade/2
Recepcionistas (AAPS)	\sum Custo contratualizado x F
Serviço de Arquivo Médico	\sum Custo do Serviço de Arquivo Médico/movimentação prontuários
Serviço de Limpeza	(Valor cobrado por m ² x Área AAPS)
Manutenção e suporte em Computadores	(\sum Custo do SGPTIcomputadores / n° de computadores) x total de computadores no AAPS
Manutenção e suporte em Telefonia	(\sum Custo do SGPTItelefonia / n° de ramais) x total de ramais no AAPS
Ligações telefônicas	Custo dos ramais telefônicos AASP
Radiocomunicadores	[(Custo contratualizado/n° de radiocomunicadores) x 2] x F
Vigilância	Custo do posto de trabalho x F
Monitoramento	[(Custo contratualizado / Pontos de Monitoramento) x Pontos de monitoramento AAPS] x F
Água	(Custo com Serviço de Água/área AAPS) x F
Energia Elétrica	(Custo com Serviço de Energia Elétrica/área AAPS) x F

Fonte: Elaborado pelo autor baseado em Brittes (2016).

Nota: F representa a fração de consultas agendadas pela especialidade Psiquiatria em relação ao total de consultas ofertadas no AAPS (Psiquiatria+Neurologia).

Neste ponto, cabe destacar que, para fins de cálculo, considerou-se o AAPS como uma unidade isolada das demais partes do HUSM, arbitrando dessa forma que o posto de segurança instalado na unidade presta serviço de forma exclusiva no período que a mesma está em funcionamento, além de considerar que a circulação de pessoas neste recinto é exclusivamente formada por funcionários e pacientes da própria unidade.

Quanto a coleta de dados relativos às consultas, ela foi realizada a partir do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), que é o sistema informatizado pela instituição para o registro das atividades assistenciais desenvolvidas.

No caso do custo do profissional, foram identificadas as categorias profissionais relacionadas direta ou indiretamente à prestação de serviço que correspondem aos salários e aos encargos sociais dos profissionais. Estes valores serão coletados junto ao Portal de Transparência do Governo Federal¹⁵, no caso dos profissionais vinculados ao Regime Jurídico Único; para os profissionais vinculados ao Regime Geral de Previdência, os dados foram no Portal de Transparência da EBSEH¹⁶; quanto aos profissionais residentes, as informações tiveram como fonte as Portarias Interministeriais que tratam das Residência Médica.

Posto que no espaço ambulatorial são ofertadas consultas médicas da especialidade Neurologia, o custo oriundo das atividades de recepção, radiocomunicadores, vigilância monitoramento, água e energia elétrica foram rateados tomando como base a porcentagem representativa de cada especialidade no quantitativo de consultas agendadas na unidade. Dessa forma, será possível dividir os custos entre as especialidades que lá desempenham suas atividades, evitando, assim, a distorção dos resultados.

Para os custos indiretos, o valor referente aos serviços terceirizados (segurança, monitoramento, limpeza e recepcionistas) foram coletados junto à Unidade de Contratos do Hospital Universitário de Santa Maria, conforme descrito no Quadro 3.

Quadro 3 – Descrição dos itens de custo e respectivas fontes de dados

(continua)

Item	Subitens	Fonte
Médicos	Salários e encargos sociais	Transparência Federal / Transparência EBSEH
Residentes	Bolsas	Portarias Interministeriais
Enfermeiros	Salários e encargos sociais	Transparência Federal

¹⁵ <http://www.portaltransparencia.gov.br/>

¹⁶ <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/empregados/portal-da-transparencia-ebserh>

Quadro 3 – Descrição dos itens de custo e respectivas fontes de dados

(conclusão)

Item	Subitens	Fonte
Administrativo	Salários e encargos sociais	Transparência Federal/ Transparência EBSEH
Recepcionistas	Valor contratualizado	Unidade de Contratos
Água	m3	Unidade de Infraestrutura
Energia elétrica	Kwh	Unidade de Infraestrutura
Serviço de Arquivo Médico	Salários e encargos sociais/ Valor contratualizado	Unidade de Contratos/ Transparência Federal/ Transparência EBSEH
	Prontuários Movimentados	Serviço de Arquivo Médico
Serviço de Limpeza	Valor contratualizado	Unidade de Contratos
	Dimensões do AAPS (m2)	Unidade de Infraestrutura
Manutenção e suporte em Computadores	Número de computadores	Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI)
	Bolsistas	Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI)/ Setor de Orçamento e Finanças
	Salários e encargos sociais/ Valor contratualizado	Unidade de Contratos/ Transparência Federal/ Transparência EBSEH
	Consumo de água	Unidade de Infraestrutura
	Consumo de energia elétrica	Unidade de Infraestrutura
	Limpeza	Unidade de Contratos
Manutenção e suporte em Telefonia	Número de ramais telefônicos	Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI)
	Salários e encargos sociais/ Valor contratualizado	Unidade de Contratos/ Transparência EBSEH
	Consumo de água	Unidade de Infraestrutura
	Consumo de energia elétrica	Unidade de Infraestrutura
	Limpeza	Unidade de Contratos
Ligação Telefônica	Custo anual nos ramais AAPS	Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI)
Radiocomunicadores	Custo unitário	Unidade de Contratos
Monitoramento	Valor contratualizado	Unidade de Contratos
Vigilância	Valor contratualizado	Unidade de Contratos

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.3 O PROCESSO METODOLÓGICO

Com o intuito de atingir o objetivo proposto, metodologicamente o trabalho está estruturado em duas etapas interdependente, mas complementares, conforme apresentado nas subseções 5.3.1 e 5.3.2.

5.3.1 Etapa Quantitativa

Esta etapa consiste no estudo descritivo de dados institucionais, tendo como objetivo a coleta das seguintes variáveis: quantitativo de consultas agendadas, consultas não realizadas, data/hora da consulta, município, tempo decorrido entre a data de marcação e a data de agendamento da consulta. Os dados coletados, referentes ao período de 2015 a 2017, são analisados a partir de estatísticas descritivas, compondo uma avaliação pormenorizada acerca do absenteísmo do Ambulatório de Atenção Psicossocial e, dessa forma, respondendo o primeiro objetivo específico (Avaliar o índice de absenteísmo de consultas do Ambulatório de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário de Santa Maria).

Para a quantificação das ausências nas consultas médicas, são considerados os registros que apresentam a mensagem “Paciente Faltou” e, para o cálculo do total de consultas agendadas, foram somados os campos que apresentarem as seguintes informações “Paciente Desistiu Cons”, “Profissional Faltou”, “Em atendimento”, “Aguardando atendimento”, “Consulta agendada”. De posse destas informações, é calculada a taxa de absenteísmo ambulatorial, conforme equação 1.

$$\textit{Taxa de absenteísmo} = \frac{\textit{Total pacientes faltantes}}{\textit{Total de pacientes agendados}} \quad (1)$$

Concomitantemente foi realizada pesquisa documental por meio de fontes externas de dados secundários (Portal de Transparência do Governo Federal e Portal de Transparência da EBSEH), bem como fontes oriundas da própria instituição (DivGP, Unidade de Contratos, SGPTI, Arquivo Médico e AGHU), tendo como objetivo o levantamento de dados financeiros que, por meio da metodologia de custeio por absorção, formaram o custo total do Ambulatório de Atenção Psicossocial. Tendo à disposição o custo total do referido ambulatório, torna-se possível quantificar o custo unitário das consultas médicas do Ambulatório de Atenção Psicossocial, conforme equação 2.

$$\textit{Custo Unitário da Consulta Médica} = \frac{\textit{Custo do ambulatório}}{\textit{Total de consultas agendadas}} \quad (2)$$

O resultado obtido a partir do custo unitário permite responder o segundo objetivo proposto de “Mensurar o custo unitário da consulta médica do ambulatório de atenção

5.3.2 Etapa Qualitativa

Nesta etapa, por meio da técnica de amostragem não probabilística intencional, foram coletados os dados primários, utilizando-se de entrevistas semiestruturadas (APÊNDICES A, B, C, D, E e F) com o intuito de analisar a percepção de funcionários da instituição bem como agentes externos (ver Tabela 16) acerca do absenteísmo e sua repercussão econômica sob a perspectiva institucional, municipal e regional, não somente atendendo o terceiro objetivo específico (Analisar os fatores causais relacionados ao absenteísmo dos usuários em consultas especializadas e suas repercussões econômicas sob a perspectiva dos profissionais do HUSM, da 4ª CRS e dos municípios de Santa Maria e Agudo), como também servindo de base para apresentar propostas visando a mitigação do problema e atendendo o quarto objetivo específico de “Propor alternativas para mitigar os efeitos do absenteísmo ambulatorial no HUSM”.

Tabela 16 – Quantitativo de entrevistas segundo unidade e função

Unidade	Codificação (entrevistas)	Entrevistados	Total
Ambulatório de Atenção Psicossocial	P7 e P8	Recepcionistas	2
Ambulatório de Atenção Psicossocial	P3	Chefia da Unidade	1
Ambulatório de Atenção Psicossocial	P4	Médico (a)	1
Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	P5	Chefia do SRAS	1
Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria	P1	Responsável pela Regulação	1
Secretaria Municipal de Saúde de Agudo	P2	Responsável pela Regulação	1
4ª CRS	P6	Responsável pela Regulação	1
Total	-	-	8

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na concepção de Júnior, Pereira e Silva (2013, p.202), este modelo de entrevista tem grande utilidade no desenvolvimento de pesquisas uma vez que “focaliza o tema do estudo, sem, no entanto, enquadrar respostas, limitando-a em suas possibilidades ou ainda impedindo o desvelamento do objeto”.

As entrevistas foram solicitadas por escrito ou conduzidas pelo próprio pesquisador, sendo solicitado a anuência dos entrevistados para que os diálogos fossem gravados, permitindo, dessa forma, que os mesmos discorram a respeito do assunto de maneira livre. Cabe ressaltar que, o estudo é realizado de acordo com a Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012, considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

Para assegurar a confidencialidade dos participantes, conforme determina a resolução acima mencionada, foi assinado um Termo de Confidencialidade pelo pesquisador responsável (APÊNDICE H). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G) foi entregue aos participantes no momento da realização das entrevistas, ficando uma via em poder do participante e outra em poder do autor da pesquisa, ambas assinadas. Os participantes são informados sobre os objetivos do estudo, bem como a garantia ao anonimato e o desejo de participação ou não.

A entrevista semiestruturada possui roteiro e perguntas previamente estabelecidos, podendo o diálogo estabelecer-se de maneira contínua entre o pesquisador e o sujeito, com o objetivo de atender aos objetivos da pesquisa. Conforme Minayo (1996), a entrevista semiestruturada permite aproximar os fatos ocorridos da teoria a respeito do assunto. Estas entrevistas devem combinar perguntas abertas e fechadas, possibilitando ao informante discorrer sobre o tema proposto, desenvolvendo-se o diálogo de maneira semelhante à uma conversa informal, estando o entrevistador atento para dirigir a discussão para o assunto que interessa e, se necessário, fazer perguntas adicionais para elucidação de questões que não foram claramente elucidadas (BONI; QUARESMA, 2005).

A entrevista é eficiente para a obtenção de dados em profundidade, além de muito flexível e facilmente adaptável às pessoas e às circunstâncias. No trabalho, ela foi realizada mediante a aplicação de um roteiro que foi produto do questionário aplicado por Tristão (2016), em pesquisa realizada acerca do absenteísmo no âmbito da atenção especializada na cidade de Vitória, Espírito Santo.

Seguindo, para que seja possível transformar os dados coletados a partir das entrevistas e em informações relevantes que contribuam para o objetivo fim deste trabalho, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Segundo Gil (2008), em virtude do grande volume de material produzido pelos meios de comunicação de massa, fez relevante a criação de técnicas para a quantificação destes materiais, sendo desenvolvida, neste contexto, a análise de conteúdo.

Na concepção de Bardin (2011, p. 47), a análise de conteúdo constitui-se de:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Na mesma linha, Silva e Fossá (2015) definem que a análise de conteúdo representa um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento e com capacidade de analisar diferentes conteúdos (verbais e não-verbais).

Em termos aplicados, conforme salienta Bardin (2011), a análise de conteúdo desenvolve-se em três fases: pré-análise, exploração do material e, por fim, tratamento de dados, inferência e interpretação. A primeira fase caracteriza-se pela seleção do material, por meio de uma primeira leitura, e de sua organização à análise, estabelecendo-se tanto um esquema de trabalho quanto procedimentos precisos e bem definidos.

Neste contexto, as entrevistas foram realizadas obedecendo às regras de exaustividade (esgotamento da totalidade da comunicação); representatividade (a amostra foi representativa do universo); homogeneidade (dados devem referir-se ao mesmo tema, obtidos por técnicas iguais e indivíduos semelhantes); pertinência (os documentos devem adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa) e exclusividade (um elemento deve ser exclusivo de uma categoria) (CÂMARA, 2013).

A partir das definições apresentadas que servem de base para a consecução dos objetivos deste trabalho, apresenta-se a síntese do processo analítico, conforme definido no Quadro 4.

Quadro 4 – Síntese do processo analítico

Objetivo principal	Objetivos específicos		Abordagem Tipo de pesquisa	Análise de dados
Avaliar o impacto econômico decorrente do absenteísmo do ambulatório de Atenção Psicossocial do HUSM, no período entre janeiro de 2015 a dezembro de 2017	1	Avaliar o índice de absenteísmo de consultas do ambulatório de atenção Psicossocial do Hospital Universitário de Santa Maria	Quantitativa Documental	Interpretativa
	2	Mensurar o custo unitário da consulta médica do ambulatório de atenção Psicossocial do Hospital Universitário de Santa Maria	Quantitativa Documental	Interpretativa
	3	Analisar os fatores causais relacionados ao absenteísmo dos usuários em consultas especializadas e suas repercussões econômicas sob a perspectiva dos profissionais do HUSM, da 4ª CRS e dos municípios de Santa Maria e Agudo	Qualitativa Documental	Análise de Conteúdo
	4	Propor alternativas para mitigar os efeitos do absenteísmo ambulatorial no HUSM	-	-

Fonte: Adaptado a partir de SALDANHA (2018).

A exploração do material é implementada a partir dos procedimentos estabelecidos na primeira fase. Por fim, o tratamento e a interpretação auxiliou na geração de inferências e dos resultados da investigação, com a possibilidade de confirmação ou não de suposições anteriormente levantadas (VERGARA, 2015).

No que tange aos aspectos legais do projeto, as quatro instituições que participaram (HUSM, Secretaria Municipal de Santa Maria, Secretaria Municipal de Agudo e 4ª CRS) emitiram permissões para o desenvolvimento do trabalho (ANEXOS A, B, C e D). De posse destas permissões, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFSM), cumprindo com todas as etapas de aprovação, tendo sido aprovado com o número CAAE 99546718.0.0000.5346.

6 RESULTADOS

Com o intuito de proporcionar, de maneira conjunta, tanto a clareza quanto o detalhamento do tema abordado, os resultados são apresentados subdivididos em outras quatro seções. Na primeira é abordado o absenteísmo para o Ambulatório de Atenção Psicossocial (AAPS), passando pelo impacto econômico das ausências e análise dos fatores causais do absenteísmo sob o ponto de vista dos profissionais. Por fim, são apresentadas sugestões para enfrentamento do problema.

6.1 ANÁLISE DO ABSENTEÍSMO NO AAPS

Ao iniciar a análise do absenteísmo, é conveniente não somente apresentar o Ambulatório de Atenção Psicossocial (AAPS) sob a perspectiva de sua inserção na instituição de saúde, mas fundamentalmente apresentar o problema do absenteísmo sob a lógica da especialidade. Para isso, a Tabela 17 apresenta o absenteísmo do AAPS/HUSM segundo a categoria profissional que dispensou o atendimento conjuntamente com informações dos pacientes atendidos e não atendidos.

Tabela 17 – Absenteísmo no AAPS do HUSM segundo categoria profissional entre 2015 e 2017

2015			
	Paciente Faltou	Paciente Agendado	% Absenteísmo
Psiquiatria - Médica	1.671	7.121	23,5%
Psiquiatria - Enfermagem	8	1.075	0,7%
2016			
	Paciente Faltou	Paciente Agendado	% Absenteísmo
Psiquiatria - Médica	2.228	10.630	21,0%
Psiquiatria - Enfermagem	96	799	12,0%
2017			
	Paciente Faltou	Paciente Agendado	% Absenteísmo
Psiquiatria - Médica	1.947	9.809	19,8%
Psiquiatria - Enfermagem	4	752	0,5%

Fonte: HUSM (2018).

No período em análise, as consultas agendadas totalizaram 7.121 em 2015, crescendo nos anos seguintes, embora de forma irregular, com expansão de 49,27% em 2016 e redução

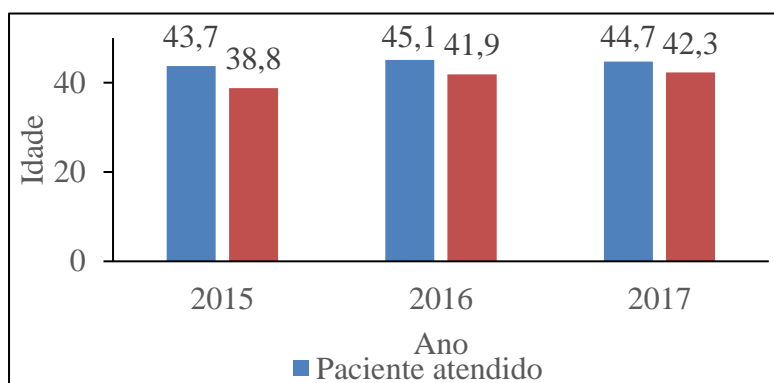
de 7,72% em 2017. Por sua vez, as consultas de enfermagem apresentaram queda gradual no triênio, passando de 1.075 agendamentos em 2015 para 752 em 2017, configurando uma retração de cerca de 30%.

Quanto aos percentuais de absenteísmo, houve diminuição gradual no período para consultas médicas, que em 2015 representava 23,5% e em 2017 atingiu 19,8%, enquanto as consultas de enfermagem apresentaram baixos índices de ausências, com exceção do ano 2016. Assim, torna-se possível verificar que as consultas médicas apresentaram o maior volume de consultas agendadas e também os maiores índices de absenteísmo, apesar da diminuição média de (-8,21%) ao ano entre 2015 e 2017.

Esta taxa de ausência dos pacientes, apesar de estar na ordem dos 20%, no caso dos profissionais médicos, é inferior à taxa de 36% encontrada por Bittar *et al.* (2016) para três ambulatórios de São Paulo. Por sua vez, Filippidou, Lingwood e Mirza (2014) descreveram a redução de 17,7% para 11,8% de ausências em consultas médicas em uma clínica psiquiátrica de Londres, Inglaterra, tendo em vista a implantação de um programa de melhoria da produtividade destas clínicas.

Outro aspecto que deve ser destacado é a média de idade dos usuários que incorreram em ausência nas consultas. Neste sentido, como apresentado na Figura 5, a média de idade dos absenteístas aumentou no período, no entanto sempre foi inferior à média de idade dos usuários que foram atendidos. Este resultado corrobora os estudos de Menendez e Ring (2015) e Nagata e Gutierrez (2015), os quais apontaram não somente a tendência de queda nas taxas de não comparecimento em consultas, mas também o aumento na taxa de cancelamento de consultas com o aumento da idade.

Figura 5 – Média de idade de usuários que compareceram e não comparecem à consulta no AAPS/HUSM entre 2015 e 2017, em anos



As médias de idade dos grupos de usuários atendidos e faltantes foram comparadas mediante ao emprego do teste t para amostras independentes. Como pode ser visto na Tabela 18, as médias são estatisticamente diferentes em todo o período analisado (*Sig.* 0,000), indicando que a idade média do grupo de pacientes faltantes é inferior à do grupo de pacientes atendidos, corroborando a evidência de que os pacientes mais jovens faltam mais.

Tabela 18 – Resultado do teste t para as médias de idade de usuários faltantes e atendidos

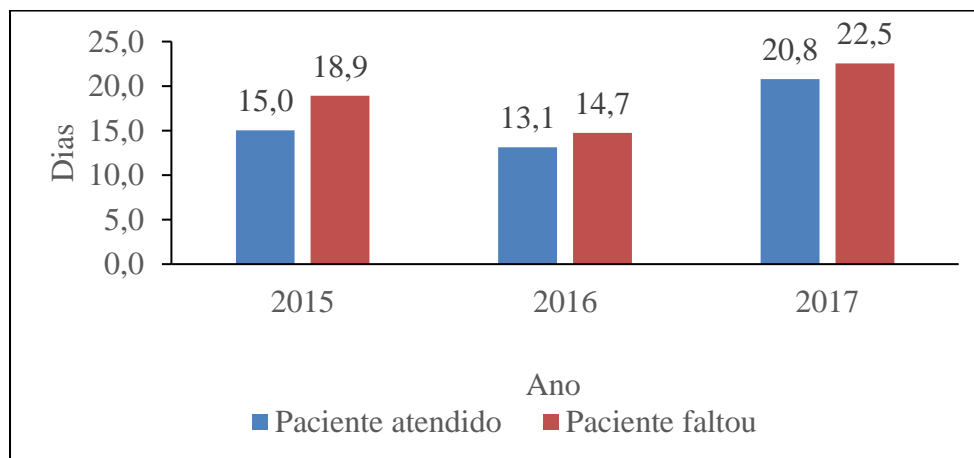
	2015	2016	2017
t	-9,236	-8,45	-5,742
<i>Sig.</i>	0,000	0,000	0,000

Fonte: Resultado da pesquisa. Elaborado pelo autor.

Nesta mesma linha, em estudo realizado por Izecksohn e Ferreira (2014), a maior parte dos entrevistados faltosos apresentava idade classificada como população economicamente ativa, o que pode justificar, em parte, o resultado encontrado para o AAPS/HUSM. Outro aspecto que deve ser levado em consideração é o grau de consciência dos usuários com os próprios cuidados de saúde, que na visão de Jabalera Mesa, Morales Asencio e Rivas Ruiz (2015) e Parikh *et al.* (2010), determinaria menor perda de consultas pelo grupo em análise.

O tempo entre o agendamento da consulta e a sua efetiva realização é outro fator relevante. Como exposto na Figura 6, a média de dias entre o agendamento e a consulta aumentou entre os anos de 2015 e 2017, sendo que a média de dias entre o agendamento da consulta e a efetiva consulta foi sempre inferior para os usuários que foram atendidos em relação aos usuários que faltaram às consultas. Resultado esse que encontra correspondência em Molfenter (2013), que concluiu, a partir de um estudo com 67 instituições que faziam parte de um programa de redução do absenteísmo, que as taxas de ausência tiveram maior impacto nas instituições que procuraram reduzir o tempo de espera. Por outro lado, diferencia-se de em Izecksohn e Ferreira (2014) que, em um contexto de Estratégia de Saúde da Família, encontrou que os usuários faltosos tinham tempo de espera menor.

Figura 6 – Tempo médio entre o agendamento e a efetiva consulta no AAPS/HUSM entre 2015 e 2017, em dias



Fonte: HUSM (2018).

Analisando estatisticamente, verifica-se que as médias de tempo entre o agendamento e a consultas dos usuários atendidos e não atendidos, por meio do teste *t* para amostras independentes, demonstra que as médias são diferentes para todo o período. Este resultado indica que, quanto maior é o tempo entre a marcação e a consulta maior é a probabilidade de o usuário faltar (Ver Tabela 19).

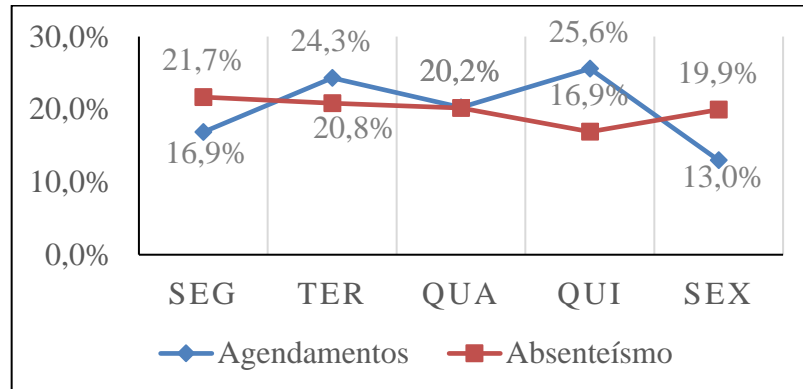
Tabela 19 – Resultado do teste *t* para a média de dias entre o agendamento e a consultas de usuários faltantes e atendidos

	2015	2016	2017
<i>t</i>	5,098	4,001	4,154
<i>Sig.</i>	0,000	0,000	0,000

Fonte: Resultado da pesquisa. Elaborado pelo autor.

Do ponto de vista da dispersão destas consultas ao longo da semana, as mesmas estiveram concentradas entre às terças-feiras e às quintas-feiras, cujo volume de agendamento atingiu o maior índice (25,6%). Por outro lado, o absenteísmo comporta-se de maneira não consoante aos agendamentos, decrescendo gradualmente até quinta-feira quando volta a aumentar, atingindo o patamar de (19,9%), enquanto ocorre no volume de agendamento diminuição para 13%, o menor volume de agendamentos da semana, conforme pode-se verificar na Figura 7.

Figura 7 – Absenteísmo e agendamento de consultas no AAPS/HUSM em função do dia da semana, no período de 2015 a 2017, em %

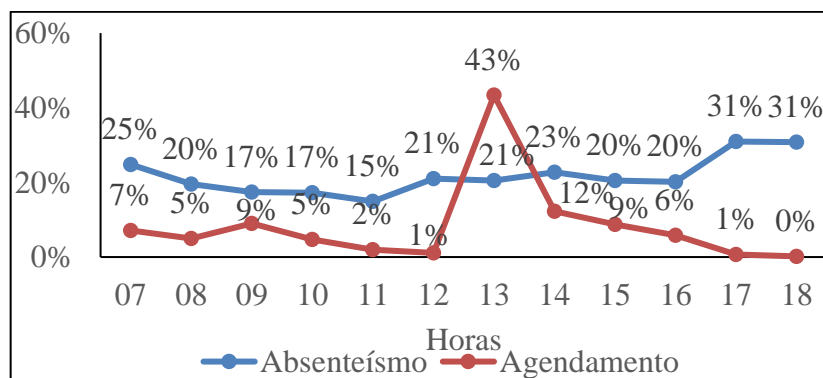


Fonte: HUSM (2018).

Quanto a estes aspectos, Kheirhash *et al.* (2016) mostraram que o percentual de ausência em consultas, assim como no presente estudo, é superior na segunda-feira quando comparado com os demais dias da semana. Para Ellis e Jenkins (2012), o menor índice de presenças nas segundas-feiras pode estar ligado a associações emocionalmente negativas com a segunda-feira feitas pelos usuários.

Quanto ao horário em que as consultas ocorrem, segundo dados da AGHU, estão fundamentalmente concentradas às 13 horas, com diminuição progressiva até às 18 horas. Já o comportamento do absenteísmo mostra outra dinâmica. Ele é elevado nas consultas agendadas às 7 horas, mas diminui progressivamente até às 11 horas, quando aumenta e permanece na faixa dos 20%, aumentando para 31% nos horários finais de expediente, sobremaneira a partir das 16 horas (ver Figura 8).

Figura 8 – Relação entre absenteísmo e o volume de agendamento no AAPS/HUSM conforme horário de agendamento, no período de 2015 a 2017, em %



Fonte: HUSM (2018).

A distribuição das consultas do AAPS/HUSM mostra que os agendamentos se dão fundamentalmente para os usuários oriundos de Santa Maria (66,06%), contudo não é o município que apresenta o maior absenteísmo. Como é possível verificar na Tabela 20, dentre os 15 municípios que mais agendaram consultas no período analisado, seis tiveram seus índices de faltas superiores à 20%, com destaque para São Pedro do Sul, que apresentou o maior (24,7%), seguido de Júlio de Castilhos (23,9%).

Tabela 20 – Relação dos 15 municípios que mais agendaram no AAPS e seus absenteísmos entre os anos de 2015 e 2017

Municípios	Paciente faltou	Consulta agendada	% Consulta agendada	% Absenteísmo
Santa Maria	3.598	17.483	66,06%	20,6%
Agudo	165	989	3,74%	16,7%
Jaguari	135	745	2,82%	18,1%
Paraíso do Sul	91	678	2,56%	13,4%
Nova Esperança do Sul	118	542	2,05%	21,8%
São Pedro do Sul	105	425	1,61%	24,7%
Santiago	68	401	1,52%	17,0%
São Vicente do Sul	78	357	1,35%	21,8%
Jari	65	345	1,30%	18,8%
Júlio de Castilhos	78	326	1,23%	23,9%
Dona Francisca	56	322	1,22%	17,4%
Restinga Seca	60	294	1,11%	20,4%
Mata	51	277	1,05%	18,4%
São Sepé	45	261	0,99%	17,2%
Quevedos	30	259	0,98%	11,6%
Total	4.743	23.704	89,57%	-

Fonte: HUSM (2018).

Estes percentuais, sobretudo para pacientes não residentes em Santa Maria, podem estar relacionados com problemas de deslocamento, já que é comum as prefeituras ofertarem transporte público, segundo cronograma de datas estabelecido pelas secretarias municipais de saúde, aos pacientes que realizam tratamento de saúde em Santa Maria. Para Ramlucken e Sibiya (2018), esse foi o motivo alegado por 16,7% dos participantes que faltaram na consulta médica, em pesquisa com pacientes ambulatoriais de quatro clínicas psiquiátricas da África do Sul. Este mesmo motivo foi alegado por 30% dos respondentes de pesquisa realizada por Long *et al.* (2016) em hospitais dos Estados Unidos.

6.2 ANÁLISE DO CUSTO DO ABSENTEÍSMO

O exercício de gestão de custos, em todos os sistemas de saúde, tornou-se exigência básica atualmente face aos recursos e a demanda que crescem em proporções distintas e muitas em sentidos opostos (BRASIL, 2013). Neste sentido, o trabalho buscou apropriar-se de todos os elementos possíveis à determinação do custo total do AAPS como também do custo associado exclusivamente ao absenteísmo.

Considerando a totalidade dos recursos, o AAPS do HUSM superou os R\$2 milhões ao ano no período analisado, com evolução média de 6,61% ao ano, conforme Tabela 21. A maior parcela de custos anual decorre da folha de pagamento, que foi responsável por cerca de 72% do total, com destaque para o pagamento dos profissionais médicos, que representou 60,7% em média do volume de custos da unidade (ver Apêndice J). Outra categoria que tem impacto significativo no custo total da unidade foi a de bolsas concedidas aos residentes, que no período correspondeu a uma média de 17,15% do total de recursos.

Tabela 21 – Custo por paciente agendado no AAPS/HUSM entre 2015 e 2017, em R\$ e em %

	2015	2016	2017	Média
Custo total do AAPS	1.891.157,06	1.993.980,07	2.149.617,69	2.011.584,94
% Custo total com folha de pagamento	72,94	70,88	72,31	72,04

Fonte: Resultado da pesquisa. Elaborado pelo autor.

Para perfazer o custo com os salários dos profissionais médicos, foi utilizada a remuneração básica bruta a partir do Portal de Transparência do Governo Federal, no caso dos profissionais que desempenham suas atividades orientadas pelo Regime Jurídico Único. Já para os profissionais cujas atividades são regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho, caso dos funcionários da EBSEH, utilizou-se o Portal de Transparência da EBSEH. No entanto, como esse último possibilitava a verificação somente das últimas seis folhas de pagamento, optou-se por utilizar a Remuneração Básica Bruta de dezembro de 2018 como base para os demais anos.

Ainda, cabe destacar que, diante da natureza de ensino exercida pelo HUSM, no quadro de médicos, haviam profissionais que tinham concomitantemente vínculo docente e assistencial. Assim, decorrente da natureza da instituição, à composição dos custos do AAPS suas remunerações foram consideradas na integralidade, não sendo objeto de rateio. E quanto

ao custo total com as bolsas dos residentes, utilizou-se de multiplicação simples entre o número de residentes de segundo, terceiro e quarto anos, cujo quantitativo era de nove, pelo valor das bolsas de residência retirados das Portarias Interministeriais n. 9/2013 e n. 3/2016.

À categoria administrativa obteve-se parcela de 6,07%, em média, do custo total da unidade, com crescimento médio de 10,55% ao ano no período (ver Apêndice J). Para compor esta categoria, foi considerado o salário de servidor e da metade do salário do chefe da unidade, considerando a hipótese de sua carga horária estar dividida entre as tarefas administrativas na unidade de internação e no ambulatório.

Os valores referentes aos itens recepcionistas, vigilância e monitoramento apresentaram comportamento similar, aumentando suas participações no custo final no biênio 2015-2016, com queda no último ano da análise. Por outro lado, o item radiocomunicadores, apesar de variar quantitativamente, apresentou participação constante no custo total do período; enquanto que a média de participação no custo total dos itens recepcionistas, vigilância e monitoramento foi de 3,03%, 2,15% e 0,16% respectivamente, a participação média no custo total com radiocomunicadores foi de 0,02% no período.

Os custos com recepcionistas, vigilância, radiocomunicadores e monitoramento tiveram como base os contratos com empresas terceirizadas. Especificamente para o custo de monitoramento considerou-se o valor por câmera monitorada; aos radiocomunicadores foram considerados dois, sendo um para o serviço de vigilância e outro para a central de monitoramento e por fim, o serviço de vigilância foi valorado considerando que o posto de vigilância no AAPS é exclusivo da unidade e seu valor estabelecido em contrato com a empresa terceirizada; quanto às recepcionistas, foram consideradas duas no período de análise e o seu custo estabelecido por meio de contrato.

Dado que os valores dos itens de custo correspondem a utilização conjunta dos meios entre as especialidades Psiquiatria e Neurologia, foi utilizado como critério de rateio a fração de consultas agendadas. Neste sentido, para valorar somente o que correspondia a especialidade Psiquiatria, multiplicou-se as porcentagens, conforme Tabela 22, pelo custo total com recepcionistas, vigilância, radiocomunicadores e monitoramento.

Tabela 22 – Porcentagem de rateio utilizadas para o período de 2015 a 2017

	2015	2016	2017
Agendamentos (Psiquiatria e Neurologia)	10.706	14.222	13.122
% de agendamentos (Psiquiatria)	76,56%	80,36%	80,48%

No que se refere aos itens ligações telefônicas, serviço de água e energia elétrica verificou-se comportamentos diferenciados. Enquanto a participação média no custo total com energia elétrica foi de 1,27% no período, a participação com serviço de água teve média de 0,21% e de apenas 0,02% o custo com ligações telefônicas. No que tange a evolução dos valores, o custo com o serviço de água foi o que mais aumentou no período, em média 26,63%; já o aumento médio com energia elétrica e ligações telefônicas foi de 6,72% e - 4,20%, respectivamente.

Para calcular o dispêndio com os referidos itens de energia elétrica e água do AAPS foi utilizado a fração de área da unidade em relação a área total (0,013386) que, multiplicado pelo valor total pago pelo hospital, chegou-se a um valor estimado de consumo da unidade. Para valorar as ligações telefônicas, utilizou-se como base o segundo semestre de 2018, dado que não era possível recuperar as informações anteriores a este período. De posse destes valores, foi feita uma projeção de gastos com telefonemas para um ano, considerando os seis ramais do AAPS e, alocando estes valores, após correção com o Índice de Serviços de Telecomunicações, para os anos anteriores.

Os serviços de manutenção e suporte em computadores e telefonia tiveram participação inferior a 1% no custo total da unidade. Quanto ao item manutenção e suporte em telefonia, houve crescente participação nos custos totais, enquanto o item manutenção e suporte de computadores apresentou aumento de 2015 para 2016 e estabilização de 2016 para 2017. Em termos de valores, o período foi marcado pelo aumento no custo dos dois itens. Enquanto que, para o item manutenção e suporte em computadores houve variação média anual de 10,29% no período, para o item manutenção e suporte em telefonia a variação média anual foi de 17,53%, sintetizando a evolução nos custos.

Para os itens de manutenção e suporte em computadores e em telefonia, os quais foram considerados como sendo dois serviços executados pelo Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI), agregou-se os custos com folha de pagamento, bolsa estudantil, pessoal terceirizado, luz, água e limpeza. Tanto o dispêndio com a luz quanto com água, foram calculados levando-se em consideração a proporção de área do SGPTI (0,002244) com relação à área total. Para valorar o custo com limpeza, multiplicou-se o custo por m² contratualizado com a empresa terceirizada pela área do SGPTI (87,5 m²). A partir disso, para o custo repassado ao AAPS utilizou-se da divisão do SGPTI na seção de computadores e telefonia, para que, de posse do custo de cada uma, fosse possível chegar ao custo por computador e custo por ramal telefônico.

O Serviço de Arquivo é responsável por suprir as unidades de internação e ambulatorial com os prontuários médicos, que são importantes elementos no processo da internação e da consulta ambulatorial. Este serviço apresentou participação média de cerca de 1,5% do custo total da unidade, sendo o ano de 2016 o que apresentou maior volume de recursos, correspondente a 1,70%.

Para compor esse custo foi levado em conta a folha de pagamento dos funcionários efetivos, do custo com o pessoal terceirizado, com bolsista, energia elétrica, água e limpeza. À obtenção do dispêndio com energia elétrica e água, multiplicou-se a fração de área do Serviço de Arquivo em relação a área total da instituição, de 0,00841, pelo gasto total com energia elétrica. Para mensurar o gasto com limpeza, multiplicou-se o custo por m², estabelecido em contrato com a empresa terceirizada, pela área do Serviço de Arquivo (328 m²).

Todo esse quantitativo foi posteriormente dividido pelo total de prontuários movimentados em cada ano, chegando-se assim a um custo por prontuário movimentado. Por fim, para estimar o quanto de valores do arquivo médico foi repassado ao AAPS, foi multiplicado o valor/prontuário pelo número de consultas agendadas pelo AAPS. Cabe destacar que, em função da ausência de dados de movimentação de prontuários para os anos de 2015 e 2016, o quantitativo do ano de 2017 foi utilizado como base. O conjunto de formulações utilizadas para compor o custo total do AAPS e, dessa forma, valorar o custo econômico do absenteísmo, encontram-se detalhadamente apresentadas no Apêndice I.

De posse de todas as informações de custos, e considerando o somatório das categorias e dos itens que formam o AAPS, obteve-se o custo médio por paciente atendido para os anos 2015-2017, que foi de R\$252,95 (ver Tabela 23). Por sua vez, o custo médio com o paciente agendado foi de R\$202,92 sendo encontrado o menor valor para o ano de 2016 (R\$174,47). Estes resultados foram obtidos a partir da divisão do custo anual do AAPS pelo quantitativo anual de usuário efetivamente atendidos (Custo por Paciente Atendido) e pelo montante anual de pacientes agendados (pacientes atendidos + pacientes que faltaram), em que se obteve o Custo por Paciente Agendado.

Tabela 23 – Custo por paciente no AAPS/HUSM entre período de 2015 a 2017, em R\$

	2015	2016	2017	Média
Custo por Paciente Agendado	230,74	174,47	203,54	202,92
Custo por Paciente Atendido	290,19	219,00	249,67	252,95

Fonte: Resultado da pesquisa. Elaborado pelo autor.

Quando avaliados comparativamente com outras unidades de saúde, os respectivos valores não distanciam-se expressivamente, caso de Brittes (2016) que valorou em R\$233,32 o atendimento de emergência para um hospital público da região metropolitana de Porto Alegre. Por outro lado, Carvalho Neto (2016) ao avaliar uma Unidade de Cuidados Integrals, no âmbito da atenção básica de Recife, encontrou o custo de R\$110,75 por atendimento individual, resultado próximo a Assunção (2016) que, estudando um Centro de Práticas integrativas de João Pessoa, encontrou o custo de R\$110,49 nas práticas não coletivas.

A diferença de valores encontrada pode estar relacionada ao fato do AAPS/HUSM ser um espaço que congrega atividades de docência, o que torna sua estrutura mais dispendiosa (SANTOS, BORGERT, BORGERT, 2017). Além disso, em suas dependências são desenvolvidas um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais com maior densidade tecnológica, o que também ajuda a explicar seu maior custo (MÉDICI, 2001; SOLLA; CHIORO, 2014).

Assim sendo, estes quantitativos são centrais no processo de gestão do custo nas organizações de saúde e permitem a mensuração de perdas. Neste contexto, de posse do custo por paciente agendado no AAPS/HUSM e dos quantitativos de pacientes que não comparecem em consultas, foi possível quantificar uma perda média de R\$396 mil por ano no período em análise correspondente ao absenteísmo. O ano de 2016 foi responsável pela maior perda em termos de valores, com somatório superior a R\$405 mil, enquanto que o ano de 2015 apresentou o menor valor (ver Tabela 24).

Tabela 24 – Custo econômico do absenteísmo no AAPS/HUSM no período de 2015 a 2017, em R\$

	2015	2016	2017	Média
Custo por Paciente agendado	230,74	174,47	203,54	202,92
Consultas perdidas	1.679	2.324	1.951	1.985
CEA1	387.414,92	405.460,64	397.112,40	396.662,66

Fonte: Resultado da pesquisa. Elaborado pelo autor.
1Custo econômico do absenteísmo

Tomando como base a própria matriz de custos da unidade, o que é perdido com absenteísmo, corresponde a um quinto do custo total, superando inclusive o valor pago com bolsas para os nove residentes. Neste sentido, o quantitativo de perdas é expressivo e sinaliza para a necessidade de ações específicas e de curto prazo com o intuito de minimizar as perdas e otimizar os recursos.

Apesar de o ano 2016 ter apresentado o menor custo por paciente, a perda com o absenteísmo foi a maior do período, como apresentado na Tabela 22. Desta forma, dado que os custos com o AAPS/HUSM são praticamente constantes, a relação custo/paciente somente pode ser alterada por meio do número de atendimentos. Logo, faz-se necessário que o AAPS/HUSM não somente busque trabalhar próximo da sua capacidade operacional por meio de medidas que ampliem o número de atendimentos realizados, como também analise a possibilidade de incentivar a diminuição do absenteísmo por meio da relação profissional-paciente.

6.3 ANÁLISE DOS FATORES CAUSAIS DO ABSENTEÍSMO E SUAS REPERCUSSÕES FINANCEIRAS SEGUNDO A PERSPECTIVA PROFISSIONAL

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2018 e abril de 2019, respeitando a disponibilidade de horários dos entrevistados. Face a esta dificuldade, as respostas foram obtidas tanto por meio de aplicação direta ao entrevistado como recebidas por correio eletrônico. No total foram realizadas oito entrevistas direcionadas, sendo sete com profissionais da área administrativa e uma com profissional da área assistencial, onde o tempo de atuação na função variou de 11 meses a 23 anos.

O conjunto de perguntas variou de quatro a seis, tomando por base as tarefas desempenhadas pelos entrevistados. As quatro perguntas básicas versaram sobre absenteísmo e as suas repercussões econômicas, enquanto que as demais estavam relacionadas com o mecanismo de gestão do absenteísmo, explorando a existência de relatórios sistemáticos sobre o problema e suas perdas financeiras como também medidas implantadas para sua redução. O direcionamento dado às questões buscou obter informações adicionais para melhor entendimento das causas do elevado índice de absenteísmo na unidade estudada no HUSM.

Em relação as causas do absenteísmo, os profissionais fizeram apontamentos que, na análise de conteúdo, permitiram identificar a projeção de três categorias distintas: serviços, usuários e acesso. Na primeira delas foram citados fatores relacionados ao tempo de espera para a consulta, a facilidade à remarcação, a relação profissional-usuário além de falhas no processo de comunicação entre as secretarias e os usuários como possíveis condicionantes do absenteísmo. Tais questões foram encontradas também por Costa, Duarte e Vaghetti (2018), em pesquisa realizada com usuários assistidos pela Estratégia Saúde da Família e referenciados para consultas especializadas no município de Rio Grande.

Sobre essas questões, o entrevistado P1, que atua em uma secretaria municipal, relacionou o absenteísmo ao tempo necessário para efetivamente realizar a consulta, enfatizando que “[...] na verdade, nós temos um leque de motivos porque, por exemplo, tem especialidades que as vezes o absenteísmo decorre da demora em conseguir chegar na consulta. Um exemplo é a traumatologia, onde estamos falando de anos de espera [...]” (P1).

Na mesma perspectiva, o entrevistado P4, cujas funções são desempenhadas no HUSM, assinala que “[...] nas primeiras consultas, talvez seja o tempo de marcação da consulta meio distante [...]”. Já para a 4ª CRS, conforme entrevistado P6, o absenteísmo pode ocorrer em função do usuário “[...] não ter sido avisado pela secretaria municipal de saúde”. Por sua vez, P1 sugere que as ausências dos usuários podem ter como foco a relação entre o profissional e usuário: “[...] de que forma se dá essa consulta? O diálogo? A comunicação entre profissional e paciente? [...]”.

Conforme constatado, o absenteísmo na perspectiva dos serviços decorre de um conjunto de situações que se relacionam tanto a estrutura de oferta, passando por todos os órgãos envolvidos, como também ao próprio paciente. Neste contexto, é importante frisar a necessidade de problematizar como se dá a inter-relação paciente e serviços, bem como seus reflexos nos índices de absenteísmo.

Outra dimensão que surge das respostas dos profissionais está relacionada aos usuários. Nesta, que foi a que contou com maior número de motivos, foram elencadas como condicionantes do absenteísmo a dificuldade de contato com o paciente, o descaso do usuário, o esquecimento, imprevistos familiares, melhora do paciente, recusa em ir na consulta, falta de consciência, restrição financeira, falta de adesão, desmotivação e falta de valorização do serviço. Alguns desses motivos foram também levantados por Izecksohn e Ferreira (2014) em pesquisa com usuários da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, em que se questionou se as consultas são realmente importantes para os usuários.

Neste tocante, segundo o entrevistado, P6, representante da 4ª CRS, “o próprio usuário ainda não tem a dimensão da necessidade de sua consulta, e não tendo essa dimensão, ele acha que não tem problema, que ele pode faltar a consulta”. Na mesma linha, os entrevistados P5, P7, P8, que desempenham suas funções no HUSM, e P1, que atua em uma secretaria municipal de saúde, enfatizam o descaso do próprio usuário. “Ele não paga. Hoje nós ouvimos isso nos contatos com os usuários: “Ai! Hoje está chovendo, eu não vou ir...” como argumentos potencializadores das ausências dos usuários. Discussão que vai ao encontro dos questionamentos realizados no estudo de Izecksohn e Ferreira (2014) sobre a importância do

atendimento.

Neste sentido, o processo de educação em saúde, conforme ressaltam Melo, Braga e Forte (2011), pode ser utilizado como um instrumento de construção da autonomia dos usuários, facilitando o reconhecimento de seus deveres de corresponsabilização no cuidado com a saúde, repercutindo assim nos índices de comparecimento. Apesar da preocupação com este problema, no AAPS/HUSM, ainda não há nenhuma ação e/ou medida de educação em saúde sendo desenvolvida.

Seguindo, a última dimensão que surgiu das entrevistas está relacionada ao acesso. Nesta dimensão foram citadas a dificuldade de deslocamento, a não disponibilização do transporte, a dificuldade em ofertar transporte e a dificuldade com transporte. Questões que surgem uma vez que o HUSM é referência para os 32 municípios da 4ª CRS, condicionando a presença dos usuários, em alguns casos, à oferta de transporte pelas prefeituras municipais.

A questão do transporte é recorrente, sendo que também já foi identificada por outros estudos, caso de Catelan (2018) que estudou a natureza do absenteísmo em quatro municípios da região de Araçatuba/SP. Os resultados demonstraram disparidades na oferta de transporte, enquanto que três municípios da amostra disponibilizavam transporte aos serviços de saúde em dois turnos do dia, um além de não ofertar este serviço também apresentava em seu território regiões que não eram atendidas por linhas de transporte público ou, na presença desta, a logística era prejudicada.

Não diferente encontra-se o cenário para os municípios atendidos pelo HUSM, quando o transporte ofertado pelas prefeituras municipais, embora não haja um levantamento acerca de quantas ofertam transporte, as informações indicam o atendimento insuficiente, conforme mencionado por P6, da 4ª CRS, “às vezes a gente ouve as secretarias falarem que não têm transporte para levar o paciente”, expondo assim certa fragilidade na oferta de transporte.

Ainda, para o entrevistado P3, do HUSM, a ausência dos pacientes pode estar relacionada ao fato de o “paciente depender de transporte do município e as vezes naquele dia não há disponibilidade”. Complementando, o entrevistado P6, da 4ª CRS, relata que “o paciente é agendado, mas a secretaria municipal não consegue leva-lo porque não tem transporte”. Nestes casos, muitas vezes os próprios pacientes deslocam-se ao hospital à realização da consulta por meio do transporte coletivo, particular ou carona. Sobre esse mesmo assunto, Tristão (2016) ao entrevistar usuários da rede pública de Vila Velha/ES, concluiu que a maior parte dos usuários utilizava transporte público (76%) como meio de locomoção, seguido de carro próprio (8%), carona (8%) e bicicleta (4%).

Avaliando-se de maneira conjunta as repostas acerca do perfil dos usuários que faltam, depreende-se que não seguem um padrão acerca das temáticas. Para P5, do HUSM, não há um perfil de usuário que não comparece na consulta. Por outro lado, conforme P6, da 4ª CRS, “[...] o paciente que teria mais predisposição a faltar, é aquele paciente que não tem autocuidado, que não tem importância de sua saúde, que não tem consciência da importância do que se disponibiliza em termos de saúde para ele”, já P6 e P7, que atuam na 4ª CRS e no HUSM respectivamente, sinalizam que “nas primeiras consultas é que ocorre o maior número de faltas”, sendo que “os pacientes de Santa Maria são os que apresentam maiores ausências”.

Esta percepção não deixa de estar correta, dado que, quando considerando os valores brutos, entre os anos de 2015 e 2017, Santa Maria foi o município que individualmente mais agendou primeiras consultas na AAPS/HUSM, representando 44,5% do total e também foi o que apresentou o maior número de usuários não atendidos. No entanto, quando se verifica as porcentagens de absenteísmo, é possível perceber que Santa Maria apresenta uma taxa de absenteísmo menor (27,91%) que outros municípios, como Faxinal do Soturno, São Vicente do Sul e Jari cujas taxas foram de (32,14%), (31,75%) e (31,58%), respectivamente.

Quanto a dificuldade de os usuários desmarcarem os compromissos agendados, no entendimento da 4ª CRS, como relatado por P6, “uma dificuldade é a comunicação deles com a secretaria municipal de saúde. Muitas vezes o paciente, ou usuário, não tem um meio de comunicação, ele não sabe qual é o telefone da secretaria, ele não sabe como chegar até a secretaria [...]”. Por sua vez, à secretaria municipal de saúde, conforme P1, “os usuários não têm o hábito de desmarcar”, enquanto P2, que também atua em uma secretaria, enfatiza que “a dificuldade está no acesso. Os pacientes não são orientados que, em caso não comparecerem às consultas deverão avisar, bem como não estão cientes dos prejuízos que pode acarretar ao HUSM”. Nesta mesma linha, o entrevistado P2 complementa que o problema ocorre em função da “desinformação sobre os custos e problemas gerados pelas faltas”.

As secretarias municipais de saúde, como já mencionado, possuem relevante papel no acesso do usuário aos serviços do SUS. No caso das primeiras consultas e exames ofertados pelo HUSM, são as secretarias que efetuam o agendamento no Sistema de Regulação (SISREG), segundo cotas previamente estabelecidas tomando por base o número de habitantes, podendo esta consulta ou exame ser objeto de regulação por parte da 4ª CRS em algumas especialidades. Já nas consultas de interconsulta e retorno, o agendamento é realizado diretamente pelo usuário no HUSM, sem qualquer intervenção das secretarias.

No que tange as implicações econômicas impostas pelo absenteísmo ao HUSM, os entrevistados P5 e P6, os quais atuam no HUSM e na 4ª CRS, respectivamente, citam perdas econômicas relacionadas aos contratos pactuados, destacando que “[...] é astronômico o prejuízo, não só para o HUSM como qualquer outro serviço que tem absenteísmo, porque o serviço é disponibilizado [...] Há todo o custo de manter aquele serviço aberto, de manter aquele serviço funcionando, aguardando a chegada deste usuário, o hospital, o prestador vai ter que arcar [...] E também eles têm, os hospitais, os prestadores tem prejuízo nos contratos [...] E quando não cumpre a meta contratada tem prejuízo financeiro no contrato também”. Igualmente, o entrevistado P6 destaca que “a primeira implicação é o não atingimento das metas pactuadas com o gestor [Secretaria Estadual de Saúde], pois só são consideradas as atendidas [consultas]. E, por consequência, o não recebimento do valor destas consultas, pois o gestor só aceita/paga as consultas realizadas.

Sobre este aspecto, a contratualização trouxe benefícios concretos aos estabelecimentos hospitalares, sendo a face mais visível dos avanços proporcionados à mudança do perfil de financiamento. No entanto, como são pactuadas metas quantitativas e qualitativas, há que se desenvolver nas instituições eficientes mecanismos de controle afim de não incorrer em perdas financeiras, conforme destaca Reis (2011).

Neste sentido, foi indagado a alguns profissionais do HUSM acerca do controle tanto do número de consultas perdidas quanto da receita financeira perdida pela instituição em função do absenteísmo. No que concerne ao acompanhamento das perdas financeiras, o entrevistado P5 afirmou que “[...] realiza acompanhamento tanto da receita perdida quanto do número de pacientes que não comparecem à consulta. Esses dados são fornecidos mensalmente para o gestor [4ª CRS] [...]”, enquanto que o entrevistado P3 afirma que não consegue fazer acompanhamento e desconhece a existência de algo neste sentido.

Já o entrevistado P4, que atua no HUSM, mencionou que não acompanha, uma vez que considera esta uma tarefa administrativa: “[...] Não, a gente não consegue fazer este acompanhamento, sinceramente “[...] eu não tenho conhecimento. [...] Mas não sei te dizer em termos administrativos, interno. Não há um acompanhamento, se tem, não somos nós que fizemos. Essa parte eu não acompanho. Acho que é uma parte mais administrativa. O setor contábil do hospital. Eu como médico não acompanho”.

Por outro lado, apenas um entrevistado não soube responder a respeito do custo envolvido com as consultas não realizadas, uma vez que expôs nunca ter analisado a partir desta ótica “nunca olhei por este prisma. Nós realizamos o serviço, atendemos e não nos

preocupamos com o lado econômico. Não sei te dizer o que vai repercutir isso” (P4).

Quanto à existência de relatórios de acompanhamento do quantitativo de consultas perdidas e desmarcadas, de acordo com o entendimento de representante da secretaria municipal, o acompanhamento era inexistente. Nesta mesma linha, o entrevistado P3, que atua no HUSM, mencionou que “não existe uma sistematização para a emissão de relatórios das consultas que são canceladas, no sentido de que não existe um relatório mensal que é encaminhado ou que é solicitado para a chefia. Esse relatório é esporádico”. Por outro lado, o entrevistado P1, que atua no processo de regulação em uma secretaria municipal, afirmou que acompanha o absenteísmo por meio de relatórios disponibilizados pelo HUSM.

De outro lado, a 4ª CRS, conforme relatado por P6, não somente coloca que há um controle sistemático, como também há divulgação para os demais municípios da coordenadoria, conforme segue: “[...] o que nós fizemos com relação a isso são nas reuniões da CIR¹⁷, reunião dos Secretários de Saúde, divulgar para eles esse absenteísmo, nós temos isso monitorado, pelo nível central, pelo próprio sistema SISREG [...]. Nós repassamos para a secretaria municipal de saúde que é quem vai tomar, vai fazer a atuação mais pontual, mas nós temos sim esse monitoramento e o acompanhamento é feito mensalmente [...]”.

Para La Forgia e Couttolenc (2009), a ausência de informações confiáveis sobre a qualidade, a eficiência e os custos da atenção hospitalar, está na base de todos os problemas e dificulta quaisquer esforços para melhorar o desempenho. Neste sentido, a elaboração de relatórios acerca do absenteísmo, bem como sua divulgação interna e externa é de fundamental importância dado o contexto de perdas em que as instituições estão inseridas.

Neste sentido, programas que visem a redução dos índices de absenteísmo devem ser utilizados como ferramenta de gestão. Aspecto esse que foi perguntado para entrevistados oriundos das secretarias municipais de saúde, se algum programa estava em implementação ou se já havia sido implementado para combater/reduzir o absenteísmo. Segundo P2, “Programa ou campanha após a ausência ainda não foi implantado pela Secretaria de Saúde”. Por outro lado, P1, afirma que decisões estão sendo tomadas em três sentidos: “[...] três tentativas de contatos [telefônicos] em dias diferentes para excluir da lista de espera [...]”, “[...] ficar um tempo determinado em lista de espera [...]” e “[...] campanha cadastral [...]”.

Em termos de estratégias de combate ao absenteísmo, vários mecanismos podem ser

¹⁷ As Comissões Intergestores Regional (CIR) são instâncias deliberativas compostas por representantes do estado e todos os secretários municipais de saúde de um determinado território (região de saúde) com capacidade de provisão de serviços de saúde em distintos níveis de atenção (SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

implementados, como a intervenção nos processos internos de planejamento e gestão das unidades de saúde (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010), ligação telefônica (AVILA; BOCCHI, 2013; MONKEN; MORENO, 2015), *Call Center* e SMS (ALBIERI *et al.*, 2014). Utilizando a estratégia de ligações telefônicas, Fenili *et al.* (2017), em estudo realizado com pacientes encaminhados para a realização de ultrassom na cidade de Blumenau, encontraram resultados positivos, com evidências de aumento no comparecimento dos usuários.

Na perspectiva de Oleskovicz *et al.* (2014), o absenteísmo tem se revelado um problema crônico na rede pública do Brasil, muito em função de deficiências na gestão dos serviços públicos que contribuem para o agravamento da situação, uma vez que ações efetivas não são percebidas. Assim, para um dos entrevistados que atuam no processo de regulação de uma Coordenadoria Estadual de Saúde, foi perguntado se ações haviam sido implementadas dado a presença, no Plano Estadual de Saúde (2016-2019), de meta para redução dos índices de absenteísmo.

Segundo o entrevistado da 4ª CRS, ações de conscientização dos gestores municipais foram implementadas, destacando que “[...] a conduta aqui é de avisar os secretários de saúde quando isso acontece [absenteísmo], de avisar os municípios...eu tenho pacientes faltosos, e a partir daí, a secretaria começa a fazer esse movimento, os municípios começaram a ver que em todas as reuniões da CIR, discute-se um pouco sobre isso, e os municípios começaram a agir, começaram a ir atrás, cada município está fazendo seu dever de casa também. Eles estão indo atrás da maneira que eles podem fazer para diminuir o absenteísmo [...]. Os municípios estão sendo conscientizados que o absenteísmo existe, e essa conscientização veio muito a partir do momento em que nós conseguimos fazer essa divulgação por meio do sistema [SISREG]”.

Nesta estrutura de oferta de serviços de saúde, os municípios tornam-se agentes importantes em função de sua maior proximidade aos usuários. No entanto, os gestores municipais estão sendo conscientizados acerca do absenteísmo em primeiras consultas, que são agendadas diretamente pelos órgãos municipais e cujo o quantitativo é inferior às consultas de retorno, essas agendadas pelos próprios usuários no Hospital Universitário de Santa Maria.

A partir disso é possível verificar que o absenteísmo impõe aos dirigentes, nos seus diversos níveis, desafios quanto à sua gestão. Outro fator que torna a tarefa mais complexa é a natureza multifatorial deste absenteísmo, fazendo com que as ações implementadas, no máximo, consigam mitigar seus efeitos.

Estes aspectos podem ser verificados pelas categorias apresentadas e pelos diversos motivos elencados como determinantes à ausência dos usuários nas consultas (ver Tabela 26). Cabe destacar que, na categoria de fatores relacionados aos usuários, que teve o maior número de apontamentos, os itens descaso do usuário, falta de consciência e esquecimento foram os mais mencionados.

Considerando estes aspectos, é premente a necessidade de entender o absenteísmo não somente a partir da análise crítica do sistema de saúde, mas também buscar soluções a partir de uma visão que não dissocie o usuário de sua realidade. Este fato deve ser considerado central quando busca-se implementar mudanças efetivas, uma vez que não somente as necessidades dos usuários são variadas, como também as condições de vidas.

Tabela 25 – Fatores causais do absenteísmo segundo a perspectiva profissional

Serviços	Categorias de fatores	
	Usuários	Acesso
Tempo de espera para conseguir a consulta	Dificuldade de contato	Transporte não disponibilizado
Diálogo entre o profissional e o paciente	Descaso do usuário	Dificuldade em ofertar transporte
Tempo entre a marcação e a consulta	Esquecimento	Dificuldade com transporte
Facilidade de remarcação	Imprevistos familiares	
Falha no processo de comunicação	Melhora do paciente	
	Recusa em ir à consulta	
	Falta de consciência	
	Restrição financeira	
	Não adesão ao tratamento	
	Desmotivação	
	Desvalorização do serviço	

Fonte: Resultado da pesquisa. Elaborado pelo autor.

Finalizando, na seção 6.4, são apresentadas as propostas que visam contribuir com o processo de gestão hospitalar quanto ao absenteísmo.

6.4 PROPOSTAS DE MELHORIA

Os sistemas de saúde estão configurados para o atendimento aos usuários segundo suas capacidades instaladas, além de disponibilizar os serviços primando pela economia de escala e pela solvência dos problemas coletivos e individuais de saúde (BITTAR *et al.* 2016).

Contudo, o absenteísmo mostra-se como um entrave ao direito constitucional à saúde, fazendo surgir espaços subutilizados ao mesmo tempo em que as instituições de saúde convivem com elevada demanda (TRISTÃO, 2016).

Nesta perspectiva, entre as análises realizadas no AAPS/HUSM, constatou-se que o absenteísmo na segunda-feira é elevado e decresce ao longo da semana, atingindo seu menor número na quinta-feira. Dado que diminuição do número de consultas agendadas nesses dias pode gerar problemas quanto à sobrecarga no agendamento das salas de consulta nos demais dias, para os quais sugere-se a implementação do *overbooking* no processo de agendamento.

No processo de *overbooking*, eleva-se o quantitativo de usuários marcados para atendimento em função da possibilidade de faltas previamente identificadas (CRUZ *et al.*, 2008). Oleskovicz *et al.* (2014), simularam esta técnica como alternativa aos impactos negativos do absenteísmo em um Ambulatório de Especialidades e os resultados apontaram para ganhos expressivos de eficiência com potencial aumento do número de atendidos.

Ainda, outro uso que pode ser considerado à técnica de *overbooking*, diz respeito a constatação de que as taxas de presença são baixas tanto às 7 horas como a partir das 16 horas. No entanto, cabe salientar que, caso esta técnica seja aplicada às consultas em que o horário de término seja flexível e que permita um melhor manejo do tempo de espera do usuário, deve-se considerar a especificidade do AAPS, dado que o tempo de consulta de triagem recomendado é de 1 hora de duração.

A marcação de consultas por blocos de municípios pode também ser utilizada nos horários de maior absenteísmo. Nesta linha, considerando que os municípios externos à Santa Maria ofertam transporte de maneira não exclusiva aos usuários do HUSM, as marcações de consultas poderiam estar concentradas nos horários da manhã para os usuários destes municípios, enquanto que, para os usuários de Santa Maria, os demais horários, sobretudo nos horários da tarde, poderiam ser disponibilizados.

Outro fato que deve ser considerado no processo de gestão da ocupação ambulatorial é esquecimento do paciente, fator este que foi objeto de vários apontamentos entre os profissionais pesquisados. Neste sentido, como forma de enfrentamento desta problemática e, considerando a heterogeneidade dos usuários que são referenciados ao HUSM, sugere-se a utilização de mensagens SMS e telefonemas 72 horas antes da consulta agendada, viabilizando a convocação de outro usuário e, internamente, tempo suficiente para o manejo dos prontuários que são enviados aos ambulatórios nos dias das consultas.

Este sistema tem sido utilizado em diversas áreas da saúde, caso de São Paulo,

conforme relatado por Albieri *et al.* (2014) que, após a implantação de uma central de confirmação de agendamento, que entrava em contato com o paciente 15 dias antes da consulta agendada e os lembrava do compromisso dois dias antes, por meio de SMS, obteve redução do absenteísmo de 27% para 18% nos casos de contato pelo *call center*, além de um aumento em 5% na reutilização de vagas canceladas.

Nesta mesma linha, lembretes por mensagens de texto foram utilizados por Lin *et al.* (2016) em pesquisa realizada em uma clínica pediátrica nos Estados Unidos. Os resultados apontaram que houve maior adesão no grupo de pacientes que receberam as mensagens, sendo de 23,5% a taxa de faltas dos que receberam os lembretes contra 38,1% a taxa de absenteísmo dos que não receberam. Seguindo esta perspectiva, Avila e Bocchi (2013) apontaram em 30% a redução do absenteísmo com a utilização de telefonemas no dia anterior à cirurgia, demonstrando assim a potencialidade desta ferramenta.

Ainda, a disponibilização de contato gratuito, facilitando a possibilidade de os usuários entrarem em contato para cancelarem as consultas pode também ser considerado. Bittar *et al.* (2016) apontam o uso deste tipo de mecanismo pela Central de Regulação de Oferta em Serviços de Saúde em São Paulo. A mesma estratégia foi prevista por Neves Júnior e Neves (2017), no plano de ação que pretende diminuir a taxa de absenteísmo de um Hospital Universitário da cidade de Niterói/RJ.

No que concerne ao âmbito interno da instituição, recomenda-se que os relatórios acerca do absenteísmo e da perda de receita decorrente desta problemática produzidos sejam disponibilizados aos servidores dos ambulatórios. Sobre isso, segue-se informação de um dos entrevistados quanto ao desconhecimento das consequências do absenteísmo à instituição, asseverando a necessidade deste tipo de comunicação/informação extrapolar os limites administrativos-gerenciais.

Quanto às responsabilidades inerentes à gestão do absenteísmo, percebe-se que, na forma como está estruturado o sistema de saúde pública, há sobrecarga dos prestadores de serviço. Além de conviverem com a necessidade de atingirem as metas pactuadas para receberem integralmente os valores da Secretaria Estadual de Saúde, estão sujeitos à uma tabela de remuneração defasada e com a frustração de receitas em função da ausência dos pacientes. Neste sentido, sugere-se a utilização do mecanismo de contratualização de taxas de absenteísmo entre municípios e Secretaria Estadual de Saúde, com o pagamento das consultas não realizadas ao prestador de serviço caso haja descumprimento das metas contratualizadas pelos municípios.

Por fim, no que tange aos usuários, podem ser implementadas ações de conscientização por meio da exposição dos quantitativos de consultas e receitas perdidas pela instituição a partir de banners ou cartazes. Segundo Zolin (2019) e Aranguiz (2019), um banner, simulando um placar onde o quantitativo de consultas perdidas é mensalmente atualizado, vem sendo utilizado por uma Unidade Básica de Saúde de Santa Maria/RS, com resultado positivo na diminuição dos índices de ausências.

Estes aspectos ressaltam a relevância de discutir problemas como o absenteísmo que expõe os limites dos sistemas de saúde vigentes, ainda mais em um cenário que a capacidade limitada de atendimento se defronta com a cada vez mais aguda escassez de recursos públicos. Logo, entende-se como necessário a constante busca por meio mais eficazes de otimizar as demandas, sobremaneira, as de saúde, em que a omissão pode traduzir-se em problemas que repercutem não somente no sistema, mas nos usuários e também nos prestadores de serviço.

7 CONCLUSÕES

Este trabalho objetivou avaliar o impacto econômico decorrente do absenteísmo do Ambulatório de Atenção Psicossocial do HUSM (AAPS/HUSM), considerando o período compreendido entre os anos de 2015 a 2017. Esta proposta foi delineada a partir da constatação dos elevados índices no referido ambulatório como também pela inexistência de estudos que abordassem o problema sob a perspectiva econômica. Para esta finalidade, utilizou-se da metodologia de custeio por absorção, método baseado em custos diretos e indiretos, como também entrevistas com os profissionais para entender o processo e os limites deste problema nos âmbitos clínico e gerencial.

A partir da alocação dos custos, obteve-se o resultado referente às perdas econômicas do absenteísmo que, em média, foi de R\$396 mil ao ano, no triênio analisado, para o AAPS/HUSM. Adicionalmente, no tocante ao custo unitário por consulta, que inclui o custo com infraestrutura, os resultados evidenciaram que o custo médio por paciente agendado foi de R\$202,92 enquanto que o custo médio por paciente atendido foi de R\$252,95. Quantitativos esses que são sensivelmente afetados pelos custos com folha de pagamento que correspondem a 72% do custo total do AAPS/HUSM e, de uma forma mais precisa, com o custo da folha de pagamento dos servidores médicos, que atingiu em média 60,7% do custo total ao ano.

Cabe destacar que o custo médio por paciente atendido demonstra a expressiva distorção os custos e os valores repassados aos prestadores pelo Ministério da Saúde (MS). Enquanto que custou médio da consulta foi R\$210,45 para o período, considerando somente os custos com folha de pagamento dos profissionais diretamente envolvidos nos atendimentos (médicos, enfermeiros e residentes), o valor repassado à instituição, caso todos os procedimentos estivessem contratualizados com Secretaria Estadual de Saúde, é de R\$10,00 para consultas médicas e de R\$6,30 para consultas de outros profissionais. Desequilíbrio que justifica a falta de incentivo do MS a pesquisas de custos nas instituições de saúde pública do Brasil.

Complementando, quanto a avaliação do absenteísmo no AAPS/HUSM, as análises foram realizadas considerando aspectos relacionados aos usuários e aos serviços. No caso dos usuários, as análises apontaram que a média de idade dos pacientes que faltam é inferior à média de idade dos pacientes que comparecem, como também a média de dias entre o agendamento e as consultas dos usuários faltantes é superior à dos usuários que comparecem.

Pelo lado dos serviços, os agendamentos de consultas em relação ao absenteísmo demonstraram tendências opostas, uma vez que, enquanto os agendamentos são menores nas segundas-feiras e nas sextas-feiras, o absenteísmo mostra-se mais expressivo nestes dias.

Ainda, a distribuição das faltas e dos agendamentos ao longo do dia mostrou que, enquanto os agendamentos de consultas estão concentrados às 13h, o absenteísmo torna-se ainda mais expressivo a partir das 16h. No que tange aos percentuais de presença dos municípios, os resultados apresentam-se diversificados assim como a capacidade de agendamento. Desses resultados, dentre os 15 municípios que mais agendaram consultas no AAPS/HUSM, destacaram-se com o maior absenteísmo os municípios de São Pedro do Sul (24,7%) e Júlio de Castilhos (23,9%). Por sua vez, Santa Maria foi o município que, de maneira bruta, mais agendou consultas e teve o maior número de faltas em relação aos demais, no entanto quando confronta-se os agendamentos e as consultas perdidas, o município apresentou somente o quinto maior absenteísmo dentre os 15 municípios que mais agendaram.

Quanto à percepção dos profissionais em relação ao absenteísmo, verificou-se que os determinantes das ausências nas consultas agendadas podem ser classificados segundo dimensões relacionadas aos serviços, ao usuário e ao acesso. Esses determinantes são multifatoriais e a análise demonstrou que os profissionais atribuíram mais determinantes de absenteísmo aos usuários, com destaque para o esquecimento, descaso do usuário e falta de consciência.

Na dimensão acesso, a questão do transporte foi recorrente, demonstrando que pode ter sensível influência nos percentuais de absenteísmo. Esta evidência ratifica a necessidade de os municípios avaliarem de maneira ampliada seus serviços de transporte, considerando o processo de deslocamento dos usuários, mas também os horários em que ocorre a oferta das consultas. Esse fato adquire importância dado a dependência que muitos usuários têm do transporte coletivo ou do transporte disponibilizado pelas secretarias municipais de saúde para chegarem ao local da consulta.

Neste sentido, a partir da análise do absenteísmo projeta-se não somente o custo econômico, mas também o custo social. A ausência do paciente à consulta agendada além de consumir recursos, que são gastos pelas instituições sem ter o problema clínico dos usuários resolvido, também aumenta a chance destes usuários buscarem os serviços de emergência, agravado pelo problema clínico, ocasionando invariavelmente lotações destes serviços, elevando-se assim tanto o custo econômico quanto o social.

No que tange as repercussões econômicas do absenteísmo, as análises mostraram que o não comparecimento às consultas é acompanhado por meio de relatórios e que os profissionais possuem entendimento parcial dos problemas econômicos que recaem sobre a instituição prestadora de serviços. Com isso, salienta-se que os relatórios sobre o absenteísmo e as perdas financeiras podem não estar atingindo todos os seguimentos da instituição uma vez que se evidenciou nível informacional distinto entre os diferentes agentes.

Esta constatação que evidencia a necessidade da criação de canais internos de informação que atinjam principalmente os funcionários que estão rotineiramente atuando no processo assistencial dos ambulatórios, auxiliando-os não somente na argumentação junto ao paciente como também na assimilação das consequências do absenteísmo.

A partir desses resultados pode-se concluir que o custo econômico com o absenteísmo no AAPS/HUSM não poder ser desconsiderado, uma vez que supera inclusive o dispêndio com as bolsas de estudos consideradas. Este fato merece a atenção dos gestores da instituição e cria a necessidade de maior integração com as demais partes do sistema de saúde (coordenadoria e secretaria) visando não somente mitigar o problema, mas também equacionar as perdas econômicas que pesam sobre o prestador de serviços.

Ainda, os problemas do absenteísmo na instituição são reflexo de condicionantes que colocam à prova sua capacidade de negociação tanto em âmbito interno quanto externo. No externo, a relação com os municípios deve ser priorizada, mantendo sempre um canal para a resolução de problemas, como a questão dos transportes; enquanto que, no institucional, os gestores devem trabalhar no sentido de massificar as informações acerca do absenteísmo permitindo que, principalmente os servidores assistenciais, apropriem-se delas e as utilize na sua interação com os usuários.

Todavia, apesar de as análises terem permitido o conhecimento mais detalhado acerca do absenteísmo no AAPS/HUSM, o assunto não se esgota em termos de resultados e análises. Alguns aspectos devem ser destacados como a utilização de dois sistemas de informação (SIE e AGHU), principalmente no ano de 2015, que limitou o maior aprofundamento decorrente da incompatibilidade de parte do banco de dados; como também a utilização de dados salariais dos trabalhadores da EBSEH visto que o portal da transparência só disponibiliza as seis últimas folhas de pagamento. Com isso, fez-se necessário realizar algumas simplificações na estruturação dos dados.

Por fim, de modo a dar continuidade ao entendimento e as soluções para o absenteísmo, propõe-se que seja pesquisado as ausências às consultas sob o ponto de vista do

usuário, buscando estruturar o perfil destes pacientes, mas principalmente as barreiras de acesso a que estão submetidos. Também pesquisar a viabilidade de utilização de contato telefônico e de ferramentas de lembrete de consultas e exames como ações de redução do absenteísmo. Além dessas, ressalta-se a importância de examinar outras unidades/especialidades para se obter um panorama mais amplo a respeito dos custos e dos determinantes do absenteísmo.

REFERÊNCIAS

- ALBIERI, F. A. O. *et al.* **Gestão de fila de espera da atenção especializada ambulatorial: resgatando o passado e buscando um novo olhar para o futuro.** São Paulo. 2014. Disponível em: <http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5796>. Acesso em: 31 mai. 2018.
- ANFIP. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Análise da Seguridade Social 2016.** Brasília - DF. 2017. 192p. Disponível em: <http://fundacaoanfip.org.br/site/wp-content/uploads/2017/10/An%C3%A1lise-da-Seguridade-Social-em-2016.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- AQUINO, R. S. *et al.* Sociedade Brasileira: Uma história através dos movimentos sociais. 4ª ed. Rio de Janeiro: **Record**, 2005.
- ARANGUIZ, D. F. VÍDEO: posto de saúde do Itararé conscientiza pacientes sobre faltas a consultas. **Diário de Santa Maria**, Santa Maria, 8 jan. 2019. Disponível em: <https://diariosm.com.br/not%C3%ADcias/sa%C3%BAde/v%C3%ADdeo-posto-de-sa%C3%BAde-do-itarar%C3%A9-conscientiza-pacientes-sobre-as-faltas-a-consultas-1.2116370?l=?l=>. Acesso em: 24 mai. 2019.
- ARRUDA, K. G. **Avaliação dos custos do tratamento de tuberculose em município de médio porte do nordeste brasileiro.** 2014. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde)-Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11539/1/DISSERTA%C3%87c3%83O%20Karla%20Gleice%20de%20Arruda.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2018
- ASSUNÇÃO, M. C. T. **Análise de custos de um serviço de práticas integrativas e complementares no município de João Pessoa - Paraíba.** 2016. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/18755>. Acesso em: 23 fev. 2019.
- AVILA, M. A. G.; BOCCHI, S. C. M. Telephone confirmation of a patient's intent to be present for elective surgery as a strategy to reduce absenteeism. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 193-197, Feb. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 jan. 2018.
- BARCELOS. G. M. **Aproveitamento de vagas de consultas eletivas de um hospital universitário.** Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Ribeirão Preto, 2016. 54 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-29032017-155338/publico/GABRIELAMIRONBARCELOS.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70. 2011.
- BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Org.). **Sistema de Saúde no Brasil:**

organização e financiamento. – Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016. 260 p.

BARROS, R. T. Modelos de gestão na administração pública brasileira: reformas vivenciadas pelos hospitais universitários federais. **RMP-Revista dos Mestrados Profissionais**-ISSN: 2317-0115, v. 2, n. 1, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/RMP/article/view/325/278>. Acesso em: 18 mar. 2018.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 33-40, Sept. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 mar. 2018.

BECH, M. The economics of non-attendance and the expected effect of charging a fine on non-attendees. **Health Policy**, v. 74, n. 2, p. 181-191, 2005. Disponível em: [https://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(05\)00005-9/pdf](https://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(05)00005-9/pdf). Acesso em: 10 mar. 2018.

BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 11, n. 2, p. 56-65, 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/10106/pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

BERG, B. P. *et al.* Estimating the cost of no-shows and evaluating the effects of mitigation strategies. *Medical Decision Making*, v. 33, n. 8, p. 976-985, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4153419/pdf/nihms619548.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380-398, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BEUREN, I.M. *et al.* Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática. São Paulo: **Editora Atlas**, 2004 [Minha Biblioteca], p. 54. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788522486977/pageid/54>. Acesso em: 05 mai. 2018.

BITTAR, O. J. N. V. *et al.* Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. **Bepa-Boletim Epidemiológico Paulista**, p. 19-32, 2016. Disponível em: <http://attosaude.com.br/assets/conteudo/uploads/absenteismo-ambulatorial--art-original57eec18c360fb.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BOKSMATI, Nasim *et al.* The effectiveness of SMS reminders on appointment attendance: a meta-analysis. **Journal of medical systems**, v. 40, n. 4, p. 90, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10916-016-0452-2>. Acesso em: 14 jan. 2018.

BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, A. M. P. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. **Revista de Administração Pública-RAP**, v. 44, n. 4, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2410/241016588007/>. Acesso em: 24 nov. 2017.

BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, A. M. P. Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 49, n. 4, p. 419-433, 2009. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/36394/35170>. Acesso em: 19 out. 2018.

BONI, V., QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese: Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan./jul. 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>. Acesso em: 21 abr. 2018.

BRASIL. **A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 90 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reestruturacao_hospitais_ensino_filantronicos_2003_2010.pdf. Acesso em: 19 out. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Tabnet ANS**. 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/>. Acesso em: 26 mai. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf. Acesso em: 07 mar. 2018.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O Financiamento da Saúde /** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 164 p.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2015c. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2, edição 2015 revisada) 22 p. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L02_O-Financiamento-da-Saude_jun2015.pdf. Acesso em: 26 mar. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 31 mai. 2019.

BRASIL. **Decreto n. 7.082, de 27 de janeiro de 2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. 2010. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm. Acesso em: 17 mar. 2018.

BRASIL. **EM Interministerial n. 00127/2011/MP/MEC, de 20 de junho de 2011**. 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Projetos/ExpMotiv/EMI/2011/127-MP%20MEC.htm. Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 29, de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 1 jun. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 93, de 8 de setembro de 2016b**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc93.htm. Acesso em: 30 mai. 2019.

BRASIL. Introdução à Gestão de Custos em Saúde. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2013.

BRASIL. **Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. 2011b. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/12550.htm. Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990; Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 23 dez. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. SECRETARIA EXECUTIVA. **Relatório de Gestão Consolidado Exercício 2015**. Brasília-DF, 2016c. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49951-rg-se-mec-2015-pdf&category_slug=outubro-2016-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira. Brasília: **Editora MS**, p.9-67, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_sistema_atencao_hospitalar_brasileiro.pdf. Acesso em: 18 out. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bibspi.planejamento.gov.br/bitstream/handle/iditem/152/livro_aval_econom_saude.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10 abr. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios02.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias para disseminação da informação em Economia da Saúde no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 116 p.: il. – (Série Ecos, Economia da Saúde para Gestão do SUS; Eixo 1, v. 2)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). **Protocolos encaminhamento da Atenção Básica para Atenção Especializada - Endocrinologia e Nefrologia**. Brasília: MS, UFRGS; 2015a. v. 1.

BRASIL. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 10 mar. 2018.

BRASIL. **Portaria n. 511, de 29 de dezembro de 2000**. Republicada em Republicado no DO 117-E, de 19/6/01, por ter saído com incorreção no original. Aprova a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde – FCES. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/control_av/REP_SAS_P511_01control_av_g.doc. Acesso em: 22 mar. 2018.

BRASIL. **Portaria n. 9, de 13 de dezembro de 2005**. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=14/12/2005&jornal=2&pagina=21&totalArquivos=32>. Acesso em: 23 dez. 2017.

BRASIL. **Relatório de Gestão 2017**. Ministério da Saúde. Brasília, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>. Acesso em: 7 out. 2018.

BRASIL. **RELATÓRIO REHUF. VOL. I: DIAGNÓSTICOS E PROPOSTAS, DE AGOSTO DE 2009**. 2009. Disponível em: <http://ramec.mec.gov.br/fgv/sesu-hospitais-universitarios-federais-e-res/1298-relatorio-rehuf-vol-1-diagnostico-e-propostas-2/file..> Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **ACÓRDÃO 613/2016a**. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/892%252F2014/%20DTRELEVANCIA%20desc,%20NUMACORDAOINT%20desc/4/%20?uuid=db6c42b0-7da2-11e9-87c0-1b526905d4ff>. 2016. Acesso em: 23 mai. 2019.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **ACÓRDÃO 892/2014**. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/etcu/ObterDocumentoSisdoc?seAbrirDocNoBrowser=true&codArqCatalogado=9142290>. 2014. Acesso em: 17 out. 2016

BRITTES, M. S. **Implantação de gestão de custos no setor de emergência de um hospital público**. 2016. 27 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Contábeis)-

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/148469/001001021.pdf?sequence=1>. Acesso em: 7 mar. 2018.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200003. Acesso em: 26 mai. 2018.

CAMPOS OLIVEIRA, M. A.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2018.

CANELADA, H. F. *et al.* Redução do absenteísmo através da gestão da agenda e do trabalho em rede. **Blucher Medical Proceedings**, v. 1, n. 2, p. 145-145, 2014. Disponível em: <https://www.proceedings.blucher.com.br/download-pdf/219/9562>. Acesso em: 20 jan. 2017.

CARVALHEIRO; J. R.; MARQUES, M. C. C.; MOTA, A. A Construção da Saúde Pública no Brasil no Século XX e no Início do Século XXI. In: In: CESAR, C. L. G.; ROCHA, A. A.; RIBEIRO, H. **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

CARVALHO NETO, M. R. **Avaliação dos custos da Unidade de Cuidados Integrals Prof. Guilherme Abath, Recife**. 2016. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/24462>. Acesso em: 22 fev. 2019.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

CASTRO, L. C.; CASTILHO, V. O custo de desperdício de materiais de consumo em um centro cirúrgico. Ver. **Latino-Am. Enfermagem**. 2013;21(6):1228-34. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-21-06-01228.pdf. Acesso em: 5 jan. 2018.

CATELAN, D. **Absenteísmo no serviço ambulatorial do SUS: estratégias e perspectivas das equipes de saúde na rede pública do Departamento Regional de Saúde II - Araçatuba-SP 2011-2017**. Dissertação (Mestrado Interunidade em Formação Interdisciplinar em Ciências da Saúde)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

CIBULKA, N. J.; FISCHER, H. W.; FISCHER, A. J. Improving communication with low-income women using today's technology. **Online J Issues Nurs**, 17 (2) (2012). Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No2-May-2012/Articles-Previous-Topics/Communication-With-Low-Income-Women-and-Technology.html>. Acesso em: 14 jan. 2018.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2018. Disponível em: <http://cnes.saude.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=HUSM>. Acesso em: 12

fev. 2018.

COSTA SOUSA, A. M. **O público e o privado no sistema de saúde em Mossoró-RN: as contradições para a efetivação da universalidade.** Tese (Doutorado em Serviço Social) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013. Disponível em:

<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/11460/Tese%20Aione%20Maria%20Sousa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 mar. 2018.

COSTA SOUSA, A. M. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Revista Katálysis**, v. 17, n. 2, 2014.

COSTA, C. F. S.; DUARTE, P. M.; VAGHETTI, H. H. Absenteísmo em consultas especializadas referenciadas por unidade básica saúde da família: estudo de caso. **Saúde (Santa Maria)**, v. 44, n. 1, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/20922>. Acesso em: 24 abr. 2019.

COUTTOLENC, B. F. Por que avaliação econômica em saúde? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 1, p. 18-19, 2001. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000100022. Acesso em: 11 abr. 2018.

CRUTCHFIELD, T. M.; KISTLER, C. E. Getting patients in the door: medical appointment reminder preferences. **Patient preference and adherence**, v. 11, p. 141, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5279837/pdf/ppa-11-141.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2018.

CRUZ, D. F. et al. A regulação da atenção à saúde bucal e o absenteísmo: cenários e possibilidades. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 2, p. 228-237, 2018. Disponível em:

<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2820>. Acesso em: 22 mai. 2019.

DALL ASTA, D.; BARBOSA, A. P. Modelo Conceitual de Mensuração de Desperdícios em Hospitais Privados. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 3, n. 1, p. 40-56, 2014.

Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/103/133>. Acesso em: 10 fev. 2018.

DALLORA, M. E. L. V.; FORSTER, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino-considerações teóricas. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 41, n. 2, p. 135-142, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/259>. Acesso em: 10 abr. 2018.

DALRI, L. **Absenteísmo nos Serviços de Referência de Especialidades Odontológicas em Florianópolis, SC.** 2014. 66 p. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Graduação em Odontologia)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2014.

DRUMMOND, M. *et al.* Methods for the economic evaluation of health care programmes. 3rd ed. **Oxford** ; New York: Oxford University Press, 2005.

EBSERH. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Hospitais Universitários**. 2019. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/hospitais-universitarios-federais>. Acesso em: 26 mai. 2019.

EBSERH. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Institucional**. 2017a. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/historia>. Acesso em: 15 nov. 2017.

EBSERH. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Projeto Básico com o objetivo de prestação de serviços técnicos especializados de consultoria visando à concepção, desenvolvimento e implementação de metodologia de identificação, mensuração e informação de custos**. Brasília-DF. 2014. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/22765/110126/PROJETO_BASICICO.pdf/6b2bb45b-65af-480f-bcde-1c8c84ffe249. Acesso em: 23 dez. 2017.

EBSERH. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Relatório de Gestão 2015**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/econtasWeb/web/externo/listarRelatoriosGestao.xhtml>. Acesso em: 10 jun. 2017.

EBSERH. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Relatório de Gestão 2016**. Brasília, 2017b. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/econtasWeb/web/externo/listarRelatoriosGestao.xhtml>. Acesso em: 10 jun. 2017.

ELLIS, D. A.; JENKINS, R. Weekday affects attendance rate for medical appointments: large-scale data analysis and implications. **PloS one**, v. 7, n. 12, p. e51365, 2012. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0051365>. Acesso em: 1 jun. 2019.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 131-139, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf. Acesso em: 08 mar. 2018.

SCOREL, S. História das Política de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: Giovanella, Lígia (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Cebes e Fiocruz, 2014. cap. 17, p. 323-364.

SCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 1999. 208 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2018.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima, Nísia Trindade; Gerschman, Silvia; Edler, Flávio Coelho; Suárez, Julio Manuel (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Cap. 2, p. 59-81.

SCOREL, S.; TEIXIERA, L. A. Histórias da Política de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do

império ao desenvolvimento populista. *In*: Giovanella, Lígia (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Cebes e Fiocruz, 2014. cap. 17, p. 279-321.

EVANGELISTA, M. J. O. Planificação da Atenção à Saúde - uma proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. **Revista Consensus**, Brasília, v. 20, jul./set. 2016. Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/planificacao-da-atencao-saude-uma-proposta-de-gestao-e-organizacao-da-atencao-primaria-saude-e-da-atencao-ambulatorial-especializada-nas-redes-de-atencao-saude/>. Acesso em: 22 jan. 2018.

FALK, J. A. **Gestão de custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicações**. Atlas, 2001. [Minha Biblioteca]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788522466429/pageid/26>. Acesso em: 3 jun. 2018.

FENILI, R. *et al.* Avaliação da confirmação de agendamento prévio, como ferramenta de gestão para redução das taxas de absenteísmo. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE DESEMPENHO DO SETOR PÚBLICO., 1., São Paulo., 2017. **Anais...** São Paulo: CIDESP, 2017. Disponível em: <http://cidesp.com.br/index.php/Icidesp/1cidesp/paper/view/198>. Acesso em: 28 abr. 2019.

FERREIRA, G. S. A. **O Fluxo de usuários no SUS coordenado pela regulação assistencial: um estudo dos processos para acesso a organizações de saúde de média complexidade**. 2015. Dissertação (Mestrado em Administração de Organizações)- Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/96/96132/tde-02122015-165628/publico/GabrielaSAFerreira_Corrigida.pdf. Acesso em: 30 mai. 2018.

FILIPPIDOU, M.; LINGWOOD, S.; MIRZA, I. Reducing non-attendance rates in a community mental health team. **BMJ Open Quality**, v. 3, n. 1, p. u202228. w1114, 2014. Disponível em: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/3/1/u202228.w1114.short>. Acesso em: 16 fev. 2019.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. *In*: **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; HUCITEC, 2004-2ª; São Paulo, SP. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASSIST%20CANCIA%20C0%20SA%20DADE%20-%20T%20FALio.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

FYSH, T. Missed outpatient appointments. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 95, n. 7, p. 376-377, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1279954/pdf/0950376A.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

GALVÃO, M. A. M. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930**. Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto, p. 1-33, 2007. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf.

Acesso em: 30 dez. 2017.

GERHARDT, T. R.; SILVEIRA, D. T. Métodos de Pesquisa. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: **Editora da UFRGS**, 2009.

GIACCHERO, K. G.; MIASSO, A. I. Ambulatório de psiquiatria em hospital geral: caracterização da adesão de usuários ao agendamento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 9, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3240/324027962003/>. Acesso em: 5 abr. 2018.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: **Atlas**, 2002.

GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6. ed. São Paulo: **Atlas**, 2008. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522484959/cfi/168!/4/4@0.00:36.9>.

Acesso em: 14 mai. 2018.

GOMES, F. F. C. et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 31-43, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100031&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 23 jan. 2018.

GONÇALVES, C. A. *et al.* Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 449-460, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n2/449-460/pt/>. Acesso em: 5 set. 2017.

GUERRERO, M. A.; GORGEMANS, S. **Absentismo de pacientes citados en las consultas de Atención Especializada del Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución: repercusión económica y demoras**. XVI Encuentro de Economía Pública, v. 5, 2009.

GUZEK, L. M.; GENTRY, S. D.; GOLOMB, M. R. The estimated cost of “no-shows” in an academic pediatric neurology clinic. **Pediatric neurology**, v. 52, n. 2, p. 198-201, 2015. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S0887899414006511/1-s2.0-S0887899414006511-main.pdf?_tid=93e3568a-e4d0-4a7b-b2f4-d0c22214791f&acdnat=1528678359_5e2a66ad5433ed1c9929e358d5de86d3. Acesso em: 10 out. 2017.

HUANG, Z. *et al.* The financial impact of clinic no-show rates in an academic pediatric otolaryngology practice. **American journal of otolaryngology**, v. 38, n. 2, p. 127-129, 2017. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S0196070916304227/1-s2.0-S0196070916304227-main.pdf?_tid=36c826a3-7d9b-4a86-85b1-2e1355f42d5c&acdnat=1528678627_015fffa7e6a42cfa3e4829b2e925795b. Acesso em: 15 out. 2017.

HUSM. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Diretrizes de Regulação Assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria – Gestão do Processo**

Ambulatorial. 2017b.

HUSM. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Memorando n. 91/2017 - HUSM** de 01 de outubro de 2017, que trata do novo fluxo para reprogramação de consultas no HUSM. 2017a.

HUSM. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Institucional** 2017d. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia>. Acesso em: 11 nov. 2017.

HUSM. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. Serviço de Estatística. **Relatório Estatístico HUSM 2017.**2017c.

HUSM. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários.** 2018.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2015.** Rio de Janeiro: IBGE, 2017. 79p. Disponível em:<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101437.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45130.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2018.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação.** Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://servicodados.ibge.gov.br/Download/Download.ashx?http=1&u=biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Variação de Custos Médico-Hospitalares.** 2019. Disponível em: https://www.iess.org.br/cms/rep/VCMH_mar_18.pdf. Acesso em: 26 mai. 2019.

IUNES, R. F. A Concepção Econômica de Custos. *In*: Piola, Sérgio Francisco; Vianna, Solon Magalhães (Org). **Economia da Saúde. Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde.** Brasília: IPEA, 2002. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/CAP10.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2018.

IZECKSOHN, M. M. V.; FERREIRA, J. T. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 235-241, 2014. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/960/636>. Acesso em: 26 dez. 2017.

JABALERA MESA, M. L. et al. Análisis del coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas. **Revista de Calidad Asistencial**, 2017. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X17300222>. Acesso em: 9 jun. 2017.

JABALERA MESA, M. L.; MORALES ASECIO, J. M.; RIVAS RUIZ, F. **Factores determinantes del absentismo en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol**. (2015). Disponível em: <http://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/10149?show=full>. Acesso em: 10 out. 2016.

JÚNIOR, W. E.; PEREIRA, M. F.; SILVA, M. L. B. Percepções e ações dos profissionais de saúde, sobre planejamento, na Equipe de Saúde da Família, da Regional Centro, do Município de Florianópolis. In: Maurício Fernandes Pereira; Alexandre Marino Costa; Gilberto de Oliveira Moritz; Denise Aparecida Bunn (Orgs.). **Contribuições para a Gestão do SUS**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2013. v. 13, 220 p. Disponível em: <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Volume-13-Completo.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2018.

KHEIRKHAH, P. *et al.* Prevalence, predictors and economic consequences of no-shows. **BMC health services research**, v. 16, n. 1, p. 13, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4714455/pdf/12913_2015_Article_1243.pdf. Acesso em: 10 dez. 2017.

KILLASPY, H. *et al.* Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance: Characteristics and outcome. **The British Journal of Psychiatry**, v. 176, n. 2, p. 160-165, 2000. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/A0E3FBF59507C6F8A425E65810AD03F6/S000712500026412Xa.pdf/prospective_controlled_study_of_psychiatric_outpatient_nonattendance.pdf. Acesso em: 06 abr. 2018.

KOBELT, G. Health economics: an introduction to economic evaluation. **London: Office of health economics**, 2013. Disponível em: <https://www.ohe.org/publications/health-economics-introduction-economic-evaluation>. Acesso em: 21 dez. 2016.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho Hospitalar no Brasil: Em Busca da Excelência**. São Paulo: Singular, 2009. Disponível em: https://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/62_Desempenho%20Hospitalar.pdf. Acesso em: 17 mar. 2018.

LAMAS, C. V. D. *et al.* Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 1, p. 16-22, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a04>. Acesso em: 06 abr. 2018.

LEONCINE, M.; BORNIA, A. C.; ABBAS, K. Sistemática para apuração de custos por procedimento médico-hospitalar. **Production**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 595-608, Sept. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132013000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2018.

LIMA, D. M. G.; VENTURA, L.O.; BRANDT, C. T. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. **Arq Bras Oftalmol**, v. 68, n. 3, p. 357-62, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27492005000300015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 jan. 2018.

- LIMA, F. F.; MORAES FILHO, R. A. Gestão estratégica de custos: custeio por absorção em pequenas empresas em Recife, PE, Brasil. **Interações (Campo Grande)**, v. 17, n. 3, p. 528-541, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/inter/v17n3/1518-7012-inter-17-03-0528.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2018.
- LIMA, N.T.; FONSECA, C.M.O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (Org.). **Saúde e Democracia. História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 27-58.
- LIMA, S. M. L.; RIVERA, F. J. U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2507-2521, Sept. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900031&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mai. 2019.
- LIN, CHIA-LEI *et al.* Text Message Reminders Increase Appointment Adherence in a Pediatric Clinic: A Randomized Controlled Trial. **International journal of pediatrics**, v. 2016, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5227159/>. Acesso em: 14 jan. 2018.
- LOBO, M. S. C. *et al.* Influência de fatores ambientais na eficiência de hospitais de ensino. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 1, p. 37-45, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v20n1/v20n1a05.pdf>. Acesso em: 19 out. 2018.
- LONG, J. *et al.* The empty chair appointment. **Sage Open**, v. 6, n. 1, 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2158244015625094>. Acesso em : 24 fev. 2019.
- LORENZATO, N. T.; BEHR, A.; GOULARTE, J. L. L. Benefícios e problemas na implantação de um sistema de informação de custos do setor público no estado do Rio Grande do Sul. **ConTexto**, Porto Alegre, v. 16, n. 32, p. 126-141, jan./abr. 2016. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/ConTexto/article/view/66327/pdf>. Acesso em: 23 dez. 2017.
- MACÊDO, D. F. *et al.* Análise da Judicialização do Direito à Saúde, Subfinanciamento do setor e Políticas Públicas: Estudo de Caso no Estado de Alagoas. **Revista de Administração de Roraima**, v. 5, n. 2, p. 300, 2015.
- MACHADO, A. T. **Não comparecimento às primeiras consultas odontológicas na atenção secundária em um município mineiro de grande porte**. 2013. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ZMRO-9BPMWS/disserta_o.pdf?sequence=1. Acesso em: 5 nov. 2017.
- MARQUES, R. M. Notas Exploratórias Sobre as Razões do Subfinanciamento Estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 49, 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/950>. Acesso em: 16 out. 2018.
- MARQUES, R. M. **O financiamento do sistema público de saúde brasileiro**. Cepal, 1999. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5289/S997486_pt.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10 jun. 2018.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: **ABrES; Ministério da Saúde; Opas**, 2016.

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações - FEARP/USP**, v. 2, n. 2, p. 8-18, jan./abr. 2008.

MAZZA, T. O.; COSTA, A. L. **Análise do absenteísmo de novos pacientes no hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**. 22º Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP. São Paulo, 2014.

Disponível em:

<https://uspdigital.usp.br/siicusp/cdOnlineTrabalhoVisualizarResumo?numeroInscricaoTrabalho=3472&numeroEdicao=22>. Acesso em: 5 abr. 2018.

MDS. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME.

Benefício de prestação continuada. Brasília: MDS, 2015. Disponível em:

<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/beneficios-assistenciais/bpc>. Acesso em: 2 set. 2018.

MÉDICI, A. C. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. **Revista de administração pública**, v. 26, n. 2, p. 79-115, 1992. Disponível

em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/8798/7548>. Acesso em: 12 mar. 2018.

MEDICI, A.C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, June 2001. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200034&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2018.

MELAMED, C.; PIOLA, S. F. Políticas Públicas e Financiamento Federal no Sistema Único de Saúde. Brasília: **Ipea**, 2011. 356p.

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

Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/10734>. Acesso em: 6 mai. 2019.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 491-505, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00491.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2018.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 dez. 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05. Acesso em: 21 jan. 2018.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. *In*: Marques, R.M; Piola, S.F; Roa, A.C (org). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES, 2016, p. 139 – 168.

MENENDEZ, M. E.; RING, D. Factors associated with non-attendance at a hand surgery appointment. **Hand**, v. 10, n. 2, p. 221-226, 2015. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11552-014-9685-z>. Acesso em: 1 jun. 2019.

MERCADANTE, O. Z. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. *In*: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2002. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848-05.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2018.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. **Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: UFPE, p. 45-76, 2004.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo: **Hucitec**; Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

MINISTÉRIO DA FAZENDA. **Carga Tributária no Brasil 2016**. Análise por Tributos e Bases de Incidência. Brasília: Ministério da Fazenda - Receita Federal do Brasil, 2017. Disponível em: <http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/carga-tributaria-no-brasil/carga-tributaria-2016.pdf>. Acesso em: 23 set. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Gestão de Custos - PNGC**. Folder. 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/programa_nacional_gestao_custos.pdf. Acesso em: 25 dez. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. TabWin. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS**. 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805&item=3>. Acesso em: 5 mar. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. TabWin. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS**. 2019. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805&item=3>. Acesso em: 26 mai. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. TabWin. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805&item=3>. Acesso em: 5 mar. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. A Seguridade Social e o Financiamento do Sistema Único de Saúde. *In*: **Financiamento público de saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p. – (Série Ecos – Economia da

Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1).

MOLFENTER, T. Reducing appointment no-shows: going from theory to practice. **Substance use & misuse**, v. 48, n. 9, p. 743-749, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3962267/pdf/nihms559867.pdf>. Acesso: 15 fev. 2019.

MONKEN, S. F.; MORENO, R. C. B. Utilização dos alertas de controle como ferramenta para a fidelização da clientela de pediatria em um ambulatório público. **RAHIS**, v. 12, n. 3, 2015. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2696>. Acesso em: 6 mai. 2019.

MORAZ, G. *et al.* Estudos de custo-efetividade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3211-3229, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3211.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

NAGATA, D.; GUTIERREZ, E. B. Características dos pacientes com HIV que faltaram a consultas agendadas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 95, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100311&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2019.

NEVES JUNIOR, W. V.; NEVES, C. S. N. **Plano de Ação para minimizar o absenteísmo na atenção ambulatorial de um hospital universitário da região Metropolitana II, na cidade Niterói-RJ**. XVI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. 2017. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos17/14825144.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2019.

NOGUEIRA, D. L. *et al.* Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. bras. educ. méd.**, p. 151-158, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0151.pdf>. Acesso em: 19 out. 2018.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. *In:* Giovanella, Lígia (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Cebes e Fiocruz, 2014. cap. 12, p. 365-393.

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. *In:* Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kfw/pdf/noronha-9788581100173-03.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2017.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2012. 180 p.

OCKÉ-REIS, C. O.; SANTOS, F. P. Mensuração dos gastos tributários em saúde: 2003-2006. **Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, 2011. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1399/1/td_1637.pdf. Acesso em: 20 mar. 2018.

OLESKOVICZ, Marcelo *et al.* Overbooking in an outpatient healthcare facility in the Brazilian Unified National Health System. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, n. 5, p. 1009-1017, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000501009&script=sci_arttext. Acesso em: 10 jan. 2018.

OLIVEIRA, A.B.S. **Métodos da Pesquisa Contábil**. São Paulo: Atlas, 2011.

OLIVEIRA, F. E. B.; BELTRÃO, K. I.; DAVID, A. C. A. **A dívida da união com a previdência social: uma perspectiva histórica**. 1999. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0638.pdf. Acesso em: 03 mar. 2018.

OLIVEIRA, J. A. A. O.; TEIXEIRA, S. M. F. Imprevidência social: 60 anos de história da Previdência Social. **Imprevidência social: 60 anos de história da Previdência Social**, 1986.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas+**, Edição de 2017. Resumo do panorama regional e perfil do Brasil. Washington, D.C.: OPAS; 2017

PARIKH, A. *et al.* The effectiveness of outpatient appointment reminder systems in reducing no-show rates. **The American journal of medicine**, v. 123, n. 6, p. 542-548, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002934310001087>. Acesso em: 17 fev. 2019.

PEREIRA-VICTORIO, C. J. *et al.* Absentismo de pacientes a la consulta externa especializada en un hospital de tercer nivel en España. **Medicina General y de Familia**, v. 5, n. 3, p. 83-90, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889543316000372>. Acesso em: 2 jun. 2018.

PIOLA, S. F. *et al.* Estruturas de Financiamento e Gasto do Sistema Público de Saúde. *In*: Noronha, José Carvalho de; Pereira, Telma Ruth (Org). **A saúde no Brasil em 2030: estrutura do financiamento e do gasto setorial**; Fundação Oswaldo Cruz, 2013, Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7476/9788581100180>. Acesso em: 06 out. 2017.

PIOLA, S. F. Financiamento da saúde no Brasil. *In*: **Brasil em desenvolvimento 2011: Estado, planejamento e políticas públicas Vol. I/ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. – Brasília: Ipea, 2012. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/bd/pdf/2011/livro_brasil_desenvolvimento2011_vol01.pdf. Acesso em: 2 set. 2018.

PIOLA, S. F.; JÚNIOR, G. B. Financiamento do SUS nos anos 1990. *In*: Barjas NEGRI, B.; GIOVANNI, G. D. (Orgs.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP, 2001. Cap. 2, 1, p. 219-232.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v30n3/v30n3a04>. Acesso em: 15 mar. 2018.

RAMLUCKEN, L.; SIBIYA, M. N. Frequency and reasons for missed appointments of outpatient mental health care users in the uMgungundlovu District. **Curationis**, v. 41, n. 1, p. 1-4, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-62792018000100011.

Acesso em: 24 fev. 2019.

RANGEL, L. A. *et al.* **Conquistas, desafios e perspectivas da previdência social no Brasil vinte anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988**. 2009. Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas_sociais/05_capt02_7e.pdf.

Acesso em: 02 mar. 2018.

REIS, A. A. C. **Entre a intenção e o ato: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010)**. 2011. 445 f. Tese (Doutorado em Ciências) –Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em:

<http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/9455>. Acesso em: 27 abr. 2019.

REIS, A. A. C. *et al.* Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 122-135, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/sdeb/2016.v40nspe/122-135/pt/>. Acesso em: 26 mar. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Porto Alegre, 2016.

Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/plano-estadual-de-saude>. Acesso em: 11 nov. 2017.

ROCHA, W.; MARTINS, E. Métodos de Custeio Comparados: Custos e Margens Analisados Sob Diferentes Perspectivas. 2ª edição. **Atlas**, 2015. [Minha Biblioteca]. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788522498314/pageid/98>. Acesso em: 3 jun. 2018.

SALDANHA, L. K. L. **Sistema Universidade Aberta do Brasil: uma avaliação da educação a distância da universidade federal de santa maria baseada em indicadores de eficiência**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Organizações Públicas)- Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2018.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. Metodologia de pesquisa. 5. ed. Porto Alegre: **Penso**, 2013. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788565848367/pageid/18>. Acesso em: 05 mai. 2018.

SANTOS, A. O.; DELDUQUE, M. C.; ALVES, S. M. C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. e00194815, 2016.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n1/0102-311X-csp-0102-311X00194815.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2017.

SANTOS, D. L. *et al.* Capacidade de produção e grau de utilização de tomógrafo computadorizado no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1293-1304, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csp/2014.v30n6/1293-1304/>.

Acesso em: 20 jan. 2018.

SANTOS, J. S. **Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: um estudo em um município baiano**. 2008. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sistemas de Saúde) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6759/1/Diss%20MP.%20Julia%20Sousa%202008.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2018.

SANTOS, R. V.; BORGERT, A.; BORGERT, E. A. Relação entre os custos de um hospital universitário e o reembolso do Sistema Único de Saúde-SUS. *In: Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC*. 2017. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4381>. Acesso em: 23 mar. 2019.

SECOLI, S. R. *et al.* Avaliação de tecnologia em saúde: II. A análise de custo-efetividade. *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 329-333, Dec. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032010000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2018.

SHAH, S. J. *et al.* Targeted reminder phone calls to patients at high risk of no-show for primary care appointment: a randomized trial. *Journal of general internal medicine*, v. 31, n. 12, p. 1460-1466, 2016. Disponível: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-016-3813-0>. Acesso em: 22 jan. 2018.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *In: Qualit@s Revista Eletrônica*, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2015. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>. Acesso em: 2 jun. 2018.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 4. ed. Ver. **Atual**. Florianópolis: UFSC, 2005. 138p. Disponível em: https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf. Acesso em: 20 mar. 2018.

SILVA, M. M. *et al.* Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 19, n. 3, p. 460-466, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0460.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2018.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014. Acesso em: 08 mar. 2018.

SILVEIRA FILHO, R. M. *et al.* Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, p. 853-878, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-00853.pdf>. Acesso em: 2 mai. 2019.

SILVEIRA, R. P. **Determinantes do absentismo nas consultas agendadas para a rede assistencial do Sistema Único de Saúde**. 2013. 63 p. Dissertação (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2013.

SIMÃO, J. B.; ORELLANO, V. I. F. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estudos Econômicos (São Paulo)**, v. 45, n. 1, p. 33-63, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-41612015000100033&script=sci_arttext. Acesso em: 22 set. 2018.

SIQUEIRA FILHA, N. T. **Análise de custos em um ambulatório de especialidades médicas: implicações do cancelamento das consultas para pacientes, familiares e sistema de saúde**. 2011. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, 2011.

SOÁREZ, P. C. Uso da avaliação econômica nos processos de decisão de incorporação de novas tecnologias em saúde. *In: A Economia da Saúde: Desafios para incorporação da dimensão econômica na produção de informação para a gestão do SUS em São Paulo*. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo), São Paulo, 2012. Disponível em: <http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5753>. Acesso em: 04 abr. 2018.

SODRÉ, F. *et al.* Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (The Brazilian Company of Hospital Services): a new management model? **Serviço Social & Sociedade**, n. 114, p. 365-380, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282013000200009&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 24 nov. 2017.

SOLLA, J. J. S. P.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. *In: Giovanella, Lígia (Org).* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Cebes e Fiocruz, 2014. cap. 17, p. 547-576.

SOLLA, J. J. S. P.; PAIM, J. S. Relações entre atenção básica, média e alta complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. *In: Paim, Jairnilson Silva, Almeida-Filho, Naomar (Org.).* Saúde Coletiva: **Teoria e Prática**. 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 343-352

STONE, C. A. *et al.* Reducing non-attendance at outpatient clinics. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 92, n. 3, p. 114-118, 1999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1297099/pdf/jrsocmed00011-0016.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

TOMA, T. S. Avaliação de Tecnologias em Saúde e avaliações econômicas: importância, método e desenvolvimento no mundo e no país. *In: São Paulo; Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; Coordenação de Epidemiologia e Informação.* **A Economia da Saúde: desafios para incorporação da dimensão econômica na produção de informação para a gestão do SUS em São Paulo**. Coordenação de Epidemiologia e Informação, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5688>. Acesso em: 21 jan. 2018.

TRISTÃO, F. I. **Absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde no município de Vila Velha no Estado do Espírito Santo**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo. Vila Velha, 2016. Disponível em: http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_10363_2014_FLAVIO%20Ignes%20Tristao.pdf. Acesso em: 20 dez. 2017.

UGÁ, M. A. D.; LIMA, S. M. L. Sistema de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde. *In*: Noronha, José Carvalho de; Pereira, Telma Ruth (Org). **A saúde no Brasil em 2030: estrutura do financiamento e do gasto setorial**; Fundação Oswaldo Cruz, 2013, Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7476/9788581100180>. Acesso em: 6 out. 2017.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M.; PIOLA, S. F. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. *In*: Giovanella, Lúcia (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Cebes e Fiocruz, 2014. cap. 13, p. 395-425.

VASCONCELOS, C. T. M. et al. Comparação da eficácia de intervenções na taxa de retorno para recebimento do laudo colpocitológico: estudo experimental randomizado controlado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1-8, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2857.pdf. Acesso em: 14 jan. 2018.

VERGARA, S. C. Métodos de Pesquisa em Administração, 6ª edição. **Atlas**, 2015. [Minha Biblioteca]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522499052/cfi/18!/4/4@0.00:0.00>. Acesso em: 29 mai. 2018.

VIANNA, S. M. A seguridade social, o sistema único de saúde e a partilha dos recursos. **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 1, p. 43-58, 1992. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/v1n1/06.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

VIEIRA, E. W. R.; LIMA, T. M. N.; GAZZINELLI, A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 65-78, 2015. Disponível em: www.reme.org.br/exportar-pdf/986/v19n1a06.pdf. Acesso em: 07 nov. 2017.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES; R. R. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, p. 28, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/viewFile/21860/pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

VIEIRA, F.S. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? *In*: BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. **Nota Técnica no 26**. Brasília: IPEA, 2016.

VIEIRA, F.S. Produção de Informação de custos para a tomada de decisão. *In*: BRASIL. **Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada**. Brasília: IPEA, 2017.

WORLD BANK. **DataBank**. 2019. Disponível em: <https://databank.worldbank.org/data/source/world-development-indicators#>. Acesso em: 30 mai. 2019

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Observatory Data Repository**. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>. Acesso em: 20 nov. 2017.

ZOLIN, D. Posto de saúde faz placar com contagem de pacientes que faltaram a consultas. **Diário de Santa Maria**, Santa Maria, 5 jan. 2019. Disponível em: <https://diariosm.com.br/not%C3%ADcias/sa%C3%BAde/posto-de-sa%C3%BAde-faz-placar-com-contagem-de-pacientes-que-faltaram-a-consultas-1.2116072>. Acesso em: 23 mai. 2019.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O (A) CHEFE DA UNIDADE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Entrevista nº: _____ Data da entrevista: ____/____/_____

Função do entrevistado: _____

Tempo de atuação na função: _____

Formação acadêmica: _____

Roteiro para as entrevistas com os profissionais das unidades de saúde

- a) Identificação do pesquisador;
- b) Motivação do contato;
- c) Garantia de sigilo (o profissional é informado a respeito do caráter confidencial da pesquisa e que as informações prestadas serão mantidas no anonimato);
- d) Informação sobre a gravação da entrevista, os riscos da pesquisa e sobre a não obrigatoriedade de responder a todas as perguntas;
- e) Concordância em participar da pesquisa (solicitação para que o profissional assine duas vias do TCLE no caso de estar de acordo com a participação da pesquisa, ficando de posse de uma das vias);
- f) Informar sobre os contatos do pesquisador responsável para eventuais dúvidas ou solicitação de retirada das informações da pesquisa;
- g) Conduzir a entrevista conforme segue:

- 1) No âmbito administrativo do ambulatório de Atenção Psicossocial do HUSM, o quantitativo de consultas perdidas ou canceladas é acompanhado mensalmente através de relatórios?
- 2) Na sua opinião, quais as possíveis causas das faltas dos usuários às consultas do ambulatório?
- 3) Conforme sua experiência, há um perfil de paciente mais propenso ao não comparecimento à consulta agendada?
- 4) Na sua opinião, quais as possíveis dificuldades de os usuários desmarcarem as consultas agendadas no ambulatório?
- 5) Na sua opinião, quais as implicações que a ausência dos usuários nas consultas médicas pode gerar para o HUSM em termos econômicos?
- 6) O quantitativo de receitas pedidas em virtude das consultas não realizadas é mensalmente acompanhado pelos gestores do ambulatório?

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS RECEPCIONISTAS DO
AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO HUSM**

Entrevista nº: _____ Data da entrevista: ____/____/_____

Função do entrevistado: _____

Tempo de atuação na função: _____

Grau de Escolaridade: _____

Roteiro para as entrevistas com os profissionais das unidades de saúde

- a) Identificação do pesquisador;
- b) Motivação do contato;
- c) Garantia de sigilo (o profissional é informado a respeito do caráter confidencial da pesquisa e que as informações prestadas serão mantidas no anonimato);
- d) Informação sobre a gravação da entrevista, os riscos da pesquisa e sobre a não obrigatoriedade de responder a todas as perguntas;
- e) Concordância em participar da pesquisa (solicitação para que o profissional assine duas vias do TCLE no caso de estar de acordo com a participação da pesquisa, ficando de posse de uma das vias);
- f) Informar sobre os contatos do pesquisador responsável para eventuais dúvidas ou solicitação de retirada das informações da pesquisa;
- g) Conduzir a entrevista conforme segue:
 - 1) Na sua opinião, quais as possíveis causas das faltas dos usuários às consultas do ambulatório?
 - 2) Conforme sua experiência, há um perfil de paciente mais propenso ao não comparecimento a consulta agendada?
 - 3) Na sua opinião, quais as possíveis dificuldades de os usuários desmarcarem as consultas agendadas no ambulatório?
 - 4) Na sua opinião, quais as implicações que a ausência dos usuários nas consultas agendadas pode gerar para o HUSM em termos econômicos?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A COORDENADORA DO SETOR DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE (SRAS)

Entrevista nº: _____ Data da entrevista: ____/____/_____

Função do entrevistado: _____

Tempo de atuação na função: _____

Formação acadêmica: _____

Roteiro para as entrevistas com os profissionais das unidades de saúde

- a) Identificação do pesquisador;
- b) Motivação do contato;
- c) Garantia de sigilo (o profissional é informado a respeito do caráter confidencial da pesquisa e que as informações prestadas serão mantidas no anonimato);
- d) Informação sobre a gravação da entrevista, os riscos da pesquisa e sobre a não obrigatoriedade de responder a todas as perguntas;
- e) Concordância em participar da pesquisa (solicitação para que o profissional assine duas vias do TCLE no caso de estar de acordo com a participação da pesquisa, ficando de posse de uma das vias);
- f) Informar sobre os contatos do pesquisador responsável para eventuais dúvidas ou solicitação de retirada das informações da pesquisa;
- g) Conduzir a entrevista conforme segue:
 - 1) No âmbito administrativo, o quantitativo de consultas perdidas ou canceladas é acompanhado mensalmente através de relatórios?
 - 2) Na sua opinião, quais as possíveis causas das faltas dos usuários às consultas ambulatoriais?
 - 3) Conforme sua experiência, há um perfil de paciente mais propenso ao não comparecimento às consultas agendadas?
 - 4) Na sua opinião, quais as possíveis dificuldades de os usuários desmarcarem as consultas agendadas nos ambulatórios?
 - 5) Na sua opinião, quais as implicações que a ausência dos usuários nas consultas pode gerar para o HUSM em termos econômicos?
 - 6) O quantitativo de receitas pedidas em virtude das consultas não realizadas é mensalmente acompanhado pelo SRAS?

**APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS RESPONSÁVEIS PELA
MARCAÇÃO DE CONSULTAS – SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE
SANTA MARIA E AGUDO**

Entrevista nº: _____ Data da entrevista: ____/____/_____

Função do entrevistado: _____

Tempo de atuação na função: _____

Formação acadêmica: _____

Roteiro para as entrevistas com os profissionais das unidades de saúde

- a) Identificação do pesquisador;
- b) Motivação do contato;
- c) Garantia de sigilo (o profissional é informado a respeito do caráter confidencial da pesquisa e que as informações prestadas serão mantidas no anonimato);
- d) Informação sobre a gravação da entrevista, os riscos da pesquisa e sobre a não obrigatoriedade de responder a todas as perguntas;
- e) Concordância em participar da pesquisa (solicitação para que o profissional assine duas vias do TCLE no caso de estar de acordo com a participação da pesquisa, ficando de posse de uma das vias);
- f) Informar sobre os contatos do pesquisador responsável para eventuais dúvidas ou solicitação de retirada das informações da pesquisa;
- g) Conduzir a entrevista conforme segue:

- 1) No âmbito administrativo, o quantitativo de consultas na atenção especializada (HUSM) agendadas pela secretaria e não realizadas em virtude da ausência do paciente, é objeto de acompanhamento? Em caso positivo, quais são as formas utilizadas?
- 2) Na sua opinião, quais as possíveis causas das faltas dos usuários às consultas ambulatoriais especializadas?
- 3) Conforme sua experiência, há um perfil de paciente mais propenso ao não comparecimento na consulta agendada?
- 4) Na sua opinião, quais as possíveis dificuldades de os usuários desmarcarem as consultas agendadas nos ambulatórios?
- 5) Na sua opinião, quais as implicações que a ausência dos usuários nas consultas pode gerar para o HUSM em termos econômicos?
- 6) A Secretaria Municipal de Saúde implementa, ou já implementou, algum programa ou campanha que visasse a diminuição de consultas especializadas não efetivadas em virtude da ausência do usuário?

**APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O/A RESPONSÁVEL PELA
REGULAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS – 4ª CRS**

Entrevista nº: _____ Data da entrevista: ____/____/_____

Função do entrevistado: _____

Tempo de atuação na função: _____

Formação acadêmica: _____

Roteiro para as entrevistas com os profissionais das unidades de saúde

- a) Identificação do pesquisador;
- b) Motivação do contato;
- c) Garantia de sigilo (o profissional é informado a respeito do caráter confidencial da pesquisa e que as informações prestadas serão mantidas no anonimato);
- d) Informação sobre a gravação da entrevista, os riscos da pesquisa e sobre a não obrigatoriedade de responder a todas as perguntas;
- e) Concordância em participar da pesquisa (solicitação para que o profissional assine duas vias do TCLE no caso de estar de acordo com a participação da pesquisa, ficando de posse de uma das vias);
- f) Informar sobre os contatos do pesquisador responsável para eventuais dúvidas ou solicitação de retirada das informações da pesquisa;
- g) Conduzir a entrevista conforme segue:

1) No âmbito administrativo, o quantitativo de consultas na atenção especializada (HUSM) agendadas pela secretaria e não realizadas em virtude da ausência do paciente, é objeto de acompanhamento? Em caso positivo, quais são as formas utilizadas?

2) Na sua opinião, quais as possíveis causas das faltas dos usuários às consultas ambulatoriais especializadas?

3) Conforme sua experiência, há um perfil de paciente mais propenso ao não comparecimento na consulta agendada?

4) Na sua opinião, quais as possíveis dificuldades de os usuários desmarcarem as consultas agendadas nos ambulatórios?

5) Na sua opinião, quais as implicações que a ausência dos usuários nas consultas pode gerar para o HUSM em termos econômicos?

6) Dado que a Secretaria Estadual de Saúde instituiu, por meio do Plano Estadual de Saúde (PES) (2016-2019), a meta de diminuição do absenteísmo em consultas e exames de 29% para 25%, alguma medida foi implementada, nesta coordenadoria, em função do que foi disposto no PES?

Objetivo 7 - Ampliar e qualificar a regulação em saúde como sistema de apoio das RAS

7. Reduzir o absenteísmo de consultas e exames registrado no sistema de regulação utilizado nas Centrais Regionais de Regulação de 29% para 25%.

Fonte: RIO GRANDE DO SUL. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Porto Alegre, 2016. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2018.

APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA ASSISTÊNCIA

Entrevista nº: _____ Data da entrevista: ____/____/_____

Função do entrevistado: _____

Tempo de atuação na função: _____

Formação acadêmica: _____

Roteiro para as entrevistas com os profissionais das unidades de saúde

- a) Identificação do pesquisador;
- b) Motivação do contato;
- c) Garantia de sigilo (o profissional é informado a respeito do caráter confidencial da pesquisa e que as informações prestadas serão mantidas no anonimato);
- d) Informação sobre a gravação da entrevista, os riscos da pesquisa e sobre a não obrigatoriedade de responder a todas as perguntas;
- e) Concordância em participar da pesquisa (solicitação para que o profissional assine duas vias do TCLE no caso de estar de acordo com a participação da pesquisa, ficando de posse de uma das vias);
- f) Informar sobre os contatos do pesquisador responsável para eventuais dúvidas ou solicitação de retirada das informações da pesquisa;
- g) Conduzir a entrevista conforme segue:
 - 1) No âmbito administrativo do ambulatório de Atenção Psicossocial do HUSM, o quantitativo de consultas perdidas ou canceladas é acompanhado mensalmente através de relatórios?
 - 2) Na sua opinião, quais as possíveis causas das faltas dos usuários às consultas do ambulatório?
 - 3) Conforme sua experiência, há um perfil de paciente mais propenso ao não comparecimento à consulta agendada?
 - 4) Na sua opinião, quais as possíveis dificuldades de os usuários desmarcarem as consultas agendadas no ambulatório?
 - 5) Na sua opinião, quais as implicações que a ausência dos usuários nas consultas médicas pode gerar para o HUSM em termos econômicos?
 - 6) O quantitativo de receitas pedidas em virtude das consultas não realizadas é mensalmente acompanhado pelos gestores do ambulatório?

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Análise do Custo Econômico do absenteísmo de consultas no Ambulatório de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário de Santa Maria.

Pesquisadores responsáveis: Prof. Reisoli Bender Filho, Fabricio Varoni de Oliveira.

Endereço do responsável: UFSM, Avenida Roraima, nº 1000, prédio 74C, sala 4237, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Departamento de Economia e Relações Internacionais, CEP 97105-900 - Santa Maria - RS.

Telefone para contato: (55) 3220-9294

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria

Eu, Reisoli Bender Filho, responsável pela pesquisa Análise do custo econômico do absenteísmo de consultas no Ambulatório de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário de Santa Maria o (a) convidamos a participar como voluntário (a) deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende contribuir com a eficiência na gestão das consultas ambulatoriais por meio da mensuração dos custos econômicos oriundos da ausência dos pacientes nas consultas ambulatoriais e através da percepção dos funcionários acerca desta problemática e suas repercussões econômicas para a instituição. A realização desta pesquisa, será conduzida por meio de pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. Sua participação constará de responder às perguntas da referida entrevista.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e ser entrevistado (a), é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você decida participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Você poderá ter algum desconforto ao responder as perguntas. Caso o mesmo se sentir incomodado ou constrangido com as perguntas, poderá não responder a algumas questões ou

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900, Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55) 3220-8009. E-mail: cep.ufsm@gmail.com. Web: www.ufsm.br/cep.

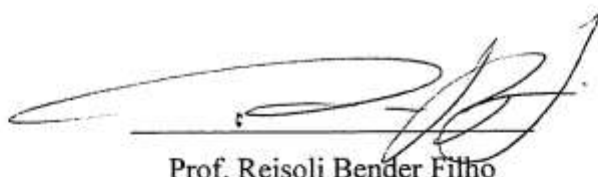
desistir de participar a qualquer momento. Além disso, as informações fornecidas terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados forem divulgados. Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu

_____, concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em **duas vias, ficando com a posse de uma delas e a outra com o pesquisador.**

_____ (cidade), _____ de _____ de 2018.

Assinatura



Prof. Reisoli Bender Filho

Prof. Dr. Reisoli Bender Filho
Dep. de Ciências Administrativas
CCSH - UFSM

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900, Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55) 3220-8009. E-mail: cep.ufsm@gmail.com. Web: www.ufsm.br/cep.

APÊNDICE H – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Análise do Custo Econômico do absenteísmo de consultas no Ambulatório de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário de Santa Maria.

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Reisoli Bender Filho.

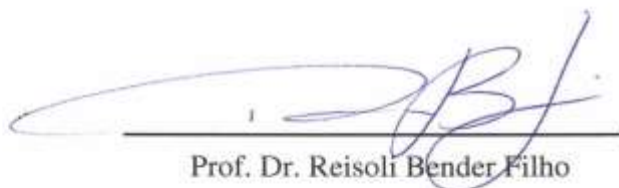
Endereço do responsável: UFSM, Avenida Roraima, nº 1000, prédio 74C, sala 4237, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Departamento de Economia e Relações Internacionais, CEP 97105-900 - Santa Maria - RS.

Telefone para contato: (55) 3220-9294

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos respondentes do estudo cujos dados serão coletados por meio entrevistas semiestruturadas. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Economia e Relações Internacionais, situado na Av. Roraima, nº 1000, CEP 97105-900, Prédio 74C, sala 4237 – Cidade Universitária, UFSM. As informações serão armazenadas por um período de 5 anos sob a responsabilidade do Prof. Reisoli Bender Filho. Após este período, os dados serão destruídos.

Santa Maria, 30 de agosto de 2018.



Prof. Dr. Reisoli Bender Filho

Prof. Dr. Reisoli Bender Filho
Dep. de Ciências Administrativas
CCSH - UFSM

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900, Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55) 3220-8009. E-mail: cep.ufsm@gmail.com. Web: www.ufsm.br/cep.

APÊNDICE I – RELAÇÃO DETALHADA DAS FÓRMULAS UTILIZADAS

(continua)

Itens de Custo	2015	2016	2017
Folha de pagamento – Médicos	Σ Salários e encargos		
Folha de pagamento – Administrativo	Σ Salários e encargos Assistente em Administração + Σ Salários e encargos chefia /2		
Folha de pagamento – Enfermagem	Σ Salários e encargos		
Bolsa de estudo - Residência	Valor da bolsa de estudos x 12 meses x 9 residentes		
Receptionistas	(Valor contratualizado x 2) x 0,7656 x 12 meses	(Valor contratualizado x 2) x 0,8036 x 12 meses	(Valor contratualizado x 2) x 0,8048 x 12 meses
Manutenção e Suporte em Computadores	$\{[\Sigma$ Salários e encargos chefia/2 + Σ Salários e encargos RJU + Σ Salários e encargos EBSEH + Valor contratualizado recepcionista + (nº de bolsistas x valor da bolsa) + (Dispêndio total com energia elétrica x 0,002244)/2 + (Valor contratualizado limpeza ² x 87,5m ²)/2 + (Dispêndio total com energia elétrica x 0,002244)/2 + (Dispêndio total com água x 0,002244)/2]/943 total de computadores} x 18 computadores AAPS x 12 meses		
Manutenção e Suporte em Telefonia	$\{[\Sigma$ Salários e encargos chefia/2 + Σ Valor contratualizado terceirizados + Σ Salários e encargos EBSEH + (Valor contratualizado limpeza ² x 87,5m ²)/2 + (Dispêndio total com energia elétrica x 0,002244)/2 + (Dispêndio total com água x 0,002244)/2]/366 total de ramais} x 6 ramais AAPS x 12 meses		
Serviço de Arquivo	$\{[\Sigma$ Salários e encargos RJU + Σ Salários e encargos EBSEH + Σ Custo com terceirizados + (Custo total com energia elétrica x 0,00841) + (Custo total com água x 0,00841) + (Valor contratualizado limpeza ² x 328m ²) + (360,00 x 3 bolsistas)]/218.290 prontuários movimentados} x 8.196 prontuário Psiquiatria	$\{[\Sigma$ Salários e encargos RJU + Σ Salários e encargos EBSEH + Σ Custo com terceirizados + (Custo total com energia elétrica x 0,00841) + (Custo total com água x 0,00841) + (Valor contratualizado limpeza ² x 328m ²)]/218.290 prontuários movimentados} x 11.429 prontuário Psiquiatria	$\{[\Sigma$ Salários e encargos RJU + Σ Salários e encargos EBSEH + Σ Custo com terceirizados + (Custo total com energia elétrica x 0,00841) + (Custo total com água x 0,00841) + (Valor contratualizado limpeza ² x 328m ²)]/218.290 prontuários movimentados} x 10.561 prontuário Psiquiatria

(conclusão)

Vigilância	Valor contratualizado x 0,7656 x 12meses	Valor contratualizado x 0,8036 x 12meses	Valor contratualizado x 0,8048 x 12meses
Radiocomunicadores	[(Valor contratualizado/20radio comunicadores) x 2] x 0,7656 x 12meses	[(Valor contratualizado/20radio comunicadores) x 2] x 0,8036 x 12meses	[(Valor contratualizado/20radio comunicadores) x 2] x 0,8048 x 12meses
Monitoramento	(Valor contratualizado/112câmeras) x 0,7656 x 12meses	(Valor contratualizado/112câmeras) x 0,8036 x 12meses	(Valor contratualizado/144câmeras) x 0,8048 x 12meses
Serviço de Limpeza	(Valor contratualizado por m2 x 522,05 m2) x 12meses	(Valor contratualizado por m2 x 522,05 m2) x 12meses	(Valor contratualizado por m2 x 522,05 m2) x 12meses
Serviço de Água	(Σ Dispêndio com água x 0,013386) x 0,7656	(Σ Dispêndio com água x 0,013386) x 0,8036	(Σ Dispêndio com água x 0,013386) x 0,8048
Energia Elétrica	(Σ Dispêndio com energia elétrica x 0,013386) x 0,7656	(Σ Dispêndio com energia elétrica x 0,013386) x 0,8036	(Σ Dispêndio com energia elétrica x 0,013386) x 0,8048

Fonte: Resultado da pesquisa. Elaborado pelo autor.

1 Custo com ligações telefônicas atualizado a partir do Índice de Serviços de Telecomunicações elaborado pela ANATEL

APÊNDICE J – CUSTO DO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO HUSM ENTRE 2015 E 2017, EM R\$ E EM %.

Itens de custo	2015	%	2016	%	2017	%
Fol. de pagamento – Médicos	1.176.188,70	62,19	1.189.859,52	59,67	1.295.153,31	60,25
Fol. de pagamento – Administrativo	109.919,08	5,81	122.885,05	6,16	134.340,79	6,25
Fol. de pagamento – Enfermagem	93.335,53	4,94	100.539,49	5,04	124.915,08	5,81
Bolsa de estudo – Residência	321.436,08	17,00	353.311,38	17,72	359.686,44	16,73
Recepcionistas	54.173,55	2,86	63.280,75	3,17	65.846,09	3,06
Manutenção e suporte em Computadores	10.318,63	0,55	11.566,52	0,58	12.551,89	0,58
Manutenção e suporte em Telefonia	3.283,45	0,17	3.574,97	0,18	4.535,62	0,21
Custo com ligações telefônicas ¹	446,69	0,03	471,35	0,02	486,68	0,02
Vigilância	38.159,46	2,02	44.624,39	2,24	47.442,17	2,21
Radiocomunicadores	426,81	0,02	493,82	0,02	435,53	0,02
Monitoramento	3.235,57	0,17	3.743,52	0,19	2.458,60	0,11
Serviço de Arquivo	25.695,89	1,36	33.914,18	1,70	32.700,17	1,52
Serviço de Limpeza	28.302,43	1,50	34.056,80	1,71	37.690,18	1,75
Serviço de Água	3.218,23	0,17	4.419,41	0,22	5.160,43	0,24
Energia Elétrica	23.016,95	1,22	27.238,93	1,37	26.214,71	1,22
Total	1.891.157,06	100,00	1.993.980,07	100,00	2.149.617,69	100,00

Fonte: Resultado da pesquisa. Elaborado pelo autor.

¹Atualizado pelo Índice de Serviços de Telecomunicações (IST/ANATEL).

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA EMITIDA PELO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Hospital Universitário de Santa Maria
Gerência de Ensino e Pesquisa

TERMO DE ANUÊNCIA PARA ANÁLISE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Pesquisador(a): FABRÍCIO VARONI DE OLIVEIRA

Orientador(a): REISOLI BENDER FILHO

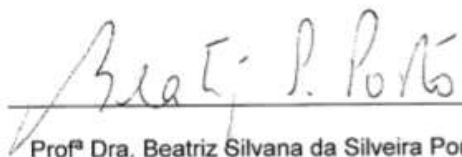
Título do Projeto: Análise do custo econômico do absenteísmo de consultas no ambulatório de atenção psicossocial do Hospital Universitário de Santa Maria

Registro Portal SIEweb UFSM: Pesquisa em tempo: nº 048855 (Bortolotto/Júlio Bortolotto/GAP/HUSM)

Período de Execução: de 27/03/2018 até 30/12/2019

Declaramos ser de nosso conhecimento o teor do projeto acima, estando o mesmo, de acordo com a documentação e metodologia apresentadas, em conformidade com as normas de pesquisa da Comissão de Pesquisa do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria, da Universidade Federal de Santa Maria- GEP/HUSM/UFSM.

O(s) pesquisador(es) tem a nossa anuência para desenvolvê-lo no âmbito do HUSM, mediante obtenção de parecer consubstanciado favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).


Profª Dra. Beatriz Silvana da Silveira Porto

Prof.ª Beatriz Silvana da Silveira Porto
Gerente de Ensino e Pesquisa
HUSM - EBSERH
STAPE 1146155

Gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria
Universidade Federal de Santa Maria – GEP/HUSM/UFSM

Santa Maria, 10, 29 de 05 de 2018.

E-mail contato: fvaroni@gmail.com, FABRÍCIO VARONI DE OLIVEIRA;
reisolibender@yahoo.com.br, REISOLI BENDER FILHO.

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA EMITIDA PELA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
FONE: 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto intitulado “ANÁLISE DO CUSTO ECONÔMICO DO ABSENTEÍSMO DE CONSULTAS NO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA” de autoria de **Reisoli Bender Filho**, vinculada ao curso de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da UFSM, poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo avaliar o impacto econômico decorrente do absenteísmo no ambulatório de atenção psicossocial do HUSM, no período entre janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP ao NEPeS.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 02 de outubro de 2018.

FÁBIO MELLO DA ROSA
Núcleo de Educação Permanente da Saúde
Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SAÚDE
PORTARIA 0640/2007 SMS

**ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA EMITIDA PELA 4ª
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
4ª CRS - SANTA MARIA
Tel.(51) 3223-3301

Ofício nº 263/2018 GAB/4ª CRS

Santa Maria, 12 de setembro de 2018.

AUTORIZAÇÃO

Diante da carta de apresentação, dos objetivos de pesquisa e da relevância do projeto, viemos por este autorizar a realização da pesquisa "Análise do Custo Econômico do absentelismo de consultas no Ambulatório de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário de Santa Maria", coordenada pelo pesquisador Dr. Reisoli Bender Filho, na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Atenciosamente,

Marilisa Vilagrând da Rosa
Delegada Adjunta da 4ª CRS
Santa Maria/RS

Marilisa Vilagrând da Rosa
Delegada Regional da Saúde - Adjunta
ID 4352161
4ª CRS - Santa Maria/RS

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA EMITIDA PELA PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUDO



AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio de este informar que o projeto intitulado "ANALISE DO CUSTO ECONÔMICO DO ABSENTEÍSMO DE CONSULTAS NO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA" de autoria de Reisoli Bender Filho, vinculada ao curso de mestrado profissional em ciências da saúde da UFSM, poderá ser desenvolvido junto as rede de saúde pública do Município de Agudo – RS, mediante aprovação prévia do comitê de ética e pesquisa com Seres Humanos – CEP referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem como objetivo avaliar o impacto econômico decorrente do absenteísmo no ambulatório de atenção psicossocial do HUSM, no período entre janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP ao NEPes.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Agudo, 05 de novembro de 2018.



Alecio Derli Wachholz
Secretario Municipal de Saúde de Agudo

Agudo, 05 de novembro de 2018