

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

Elton Rogerio Teixeira Jacobi

**ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL: MENSURAÇÃO DO CUSTO,  
TÉCNICAS PARA SUA REDUÇÃO E CONSEQUENTE INCREMENTO  
DA RECEITA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DO MUNICÍPIO DE  
SANTA MARIA – RS**

Santa Maria, RS  
2022

**Elton Rogerio Teixeira Jacobi**

**ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL: MENSURAÇÃO DO CUSTO, TÉCNICAS  
PARA SUA REDUÇÃO E CONSEQUENTE INCREMENTO DA RECEITA NA  
ATENÇÃO ESPECIALIZADA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA – RS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Profissional 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. Daniel Arruda Coronel

Santa Maria, RS  
2022

Jacobi, Elton Rogerio Teixeira

Absenteísmo ambulatorial: mensuração do custo, técnicas para sua redução e conseqüente incremento da receita na atenção especializada do município de Santa Maria - RS / Elton Rogerio Teixeira Jacobi.- 2022.

109 p.; 30 cm

Orientador: Daniel Arruda Coronel

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, RS, 2022

1. Absenteísmo de Pacientes 2. Consultas 3. Prejuízos nos repasses I. Coronel, Daniel Arruda II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, ELTON ROGERIO TEIXEIRA JACOBI, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras conseqüências legais.

**Elton Rogerio Teixeira Jacobi**

**ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL: MENSURAÇÃO DO CUSTO, TÉCNICAS  
PARA SUA REDUÇÃO E CONSEQUENTE INCREMENTO DA RECEITA NA  
ATENÇÃO ESPECIALIZADA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA – RS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional 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**.

**Aprovado em 29 de julho de 2022.**

---

**Daniel Arruda Coronel, Dr. (UFSM)**  
(Presidente/Orientador)

---

**Giana Silva Giacomelli, Dr<sup>a</sup>**

---

**Adriano Mendonça Souza, Dr. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2022

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, por sempre estar presente em todos os momentos da minha jornada enquanto profissional pertencente à carreira pública.

À minha esposa Luciane pelo incentivo e apoio no decorrer do curso. Aos meus filhos, Otávio e Natália, pelas horas de ausência. Vocês, com certeza, fazem parte desta conquista!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, ajudaram-me na realização desta pós-graduação.

Particularmente, agradeço a minha esposa Luciane Flores Jacobi, pela incansável dedicação, ensinamentos, incentivo e suporte ao longo desta caminhada;

ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas da Universidade Federal de Santa Maria, aos professores e secretário, pelos ensinamentos e auxílio para a realização deste trabalho;

aos colegas das disciplinas que, mesmo de forma remota, se tornaram amigos e fizeram esse período fluir dentro da tranquilidade, em especial ao Rodrigo Maques, Andreia Blau, Cíntia Roso, Silvane, Angelica e Greize Pohlmann;

ao meu orientador, professor Dr. Daniel Arruda Coronel, pela confiança depositada e disposição em orientar este trabalho, compartilhando seu conhecimento e dedicada atenção;

a todas as pessoas que ajudaram na coleta dos dados, em especial à equipe que presta serviços junto a Secretaria de Saúde no Sistema de Gestão e que pertencem aos quadros da empresa MV – Consulfarma, nas pessoas do Daniel Lautert e Thamis Dorneles, que me deram todo suporte nessa atividade;

Por fim, agradeço aos demais familiares e amigos, pelo incentivo.

## RESUMO

### **ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL: MENSURAÇÃO DO CUSTO, TÉCNICAS PARA SUA REDUÇÃO E CONSEQUENTE INCREMENTO DA RECEITA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA – RS**

AUTOR: Elton Rogerio Teixeira Jacobi

ORIENTADOR: Daniel Arruda Coronel

Este trabalho buscou estimar o valor financeiro que deixou de ser repassado e/ou transferido ao Município de Santa Maria – RS para aplicação nos serviços de saúde, por conta do absenteísmo de pacientes na atenção especializada, nos anos de 2016 a 2021. Conceitua-se o absenteísmo ambulatorial pela ausência do paciente à consulta médica previamente agendada, sem nenhuma comunicação anterior que possibilite a remarcação do atendimento para outro usuário do sistema. Neste sentido e com este objetivo foram emitidos relatórios mensais da produção relativa as consultas médicas especializadas que geram retornos financeiros ao Município. Tais relatórios foram gerados através do software de gestão utilizado pela Secretaria de Município da Saúde, em planilhas do software *Microsoft Excel* e com formato *.xlsx*. Foram utilizadas técnicas estatísticas descritivas e de Séries Temporais. Os resultados da pesquisa, de modo geral, demonstraram que o índice de absenteísmo de pacientes em consultas médicas especializadas vem oscilando no decorrer dos anos, tendo como valor máximo o índice de 14,9% em 2016 e mínimo em 2018 com 4,9%. Os resultados indicam que das 156.348 consultas médicas especializadas agendadas no período analisado 14.659 não ocorreram devido à falta dos pacientes. Com base nisso tem-se uma taxa de absenteísmo na ordem de 9,4% com uma perda de receita calculada de R\$ 146.590,00. Os maiores índices foram encontrados nas especialidades de Dermatologia (20,7%) e Oftalmologia (18,8%), enquanto os menores foram em Mastologia (5,4), Ginecologia (6%) e Pediatria (6,3%).

**Palavras-chave:** Ausência de Pacientes. Consultas. Prejuízo no repasse.

## ABSTRACT

### **AMBULATORY ABSENTEEISM: COST MEASUREMENT, TECHNIQUES FOR ITS REDUCTION AND CONSEQUENTIAL INCREASE IN REVENUE IN SPECIALIZED CARE IN THE MUNICIPALITY OF SANTA MARIA - RS**

AUTHOR: Elton Rogerio Teixeira Jacobi  
SUPERVISOR: Daniel Arruda Coronel

This work sought to estimate the financial value that was no longer transferred and/or transferred to the Municipality of Santa Maria - RS for application in health services, due to the absenteeism of patients in specialized care, in the years 2016 to 2021. outpatient absenteeism due to the patient's absence from the previously scheduled medical appointment, without any previous communication that allows the rescheduling of the service to another user of the system. In this sense and with this objective, monthly reports were issued on the production related to specialized medical consultations that generate financial returns to the Municipality. Such reports were generated through the management software used by the Municipal Health Department, in Microsoft Excel spreadsheets and in .xlsx format. Descriptive statistical and time series techniques were used. The survey results, in general, showed that the absenteeism rate of patients in specialized medical consultations has been fluctuating over the years, with a maximum value of 14.9% in 2016 and a minimum in 2018 with 4.9%. That, due to patient absenteeism, out of a total of 156,348 scheduled appointments, 14,659 specialized medical appointments were no longer performed. This leads to an absenteeism rate of around 9.4% with a calculated loss of revenue of R\$ 146,590.00. The highest rates were found in the specialties of Dermatology (20.7%) and Ophthalmology (18.8%), while the lowest were in Mastology (5.4), Gynecology (6%) and Pediatrics (6.3%).

**Keywords:** Absence of Patients. Consultations. Loss on transfer

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese dos tipos de avaliação econômica em saúde.....	64
Quadro 2 - Síntese dos objetivos e do método a ser empregado.....	77
Quadro 3 - Índices de absenteísmo em outros trabalhos.....	81

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Quantidades de Estabelecimentos de saúde por estados e regiões brasileiras em maio de 2021.....	47
Tabela 2 -	Classificações dos tipos de Estabelecimentos de Saúde.....	49
Tabela 3 -	Origem dos recursos utilizados na saúde do município de Santa Maria.....	62
Tabela 4 -	Volume de recursos federais transferidos à Santa Maria – RS, via fundos de saúde, valores em Reais (R\$) .....	62
Tabela 5 -	Motivos de faltas às consultas odontológicas, segundo os usuários. Piracicaba, 2012.....	68
Tabela 6 -	Pacientes Agendados, faltantes e absenteísmo, por unidade de saúde, pelo tempo.....	82
Tabela 7 -	Pacientes agendados, faltantes e absenteísmo por especialidade e por ano.....	83
Tabela 8 -	Estratégias para a redução do absenteísmo de paciente.....	86
Tabela 9 -	Estimação de modelos ARIMA para a série de absenteísmo em policlínicas de atendimento especializado no município de Santa Maria – RS, no período de janeiro/2016 - junho/2021.....	90
Tabela 10 -	Valores observados e previstos do número de pacientes faltantes e erro absoluto para o período de julho a dezembro de 2021.....	91

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organização das RAS.....	39
Figura 2 - A estrutura operacional das redes de atenção à saúde.....	40
Figura 3 - Os atributos e as funções da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde.....	41
Figura 4 - Taxa de absenteísmo anual.....	80
Figura 5 - Agendamentos e taxas de absenteísmo mensais.....	81
Figura 6 - Série temporal do número de pacientes faltantes, por mês no município de Santa Maria - RS, janeiro/2016 - junho/2021.....	89
Figura 7 - Funções de autocorrelação (a) e autocorrelação parcial (b) do número de pacientes ausentes por mês, no município de Santa Maria - RS, janeiro/2016 - junho/2021.....	90

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

4ª CRS	4ª Coordenadoria Regional de Saúde
AB	Atenção Básica
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AES	Avaliação Econômica em Saúde
AISs	Ações Integradas de Saúde
Anahp	Associação Nacional dos Hospitais Privados
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial - Individualizado
CAPs	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CCSH	Centro de Ciências Sociais e Humanas
CD	Cirurgião Dentista
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissões Intergestores Bipartites
CIB/RS	Comissão Intergestores Bipartites do Rio Grande do Sul
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CISVIR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EACS	Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégias de Saúde da Família
ESS	Estabelecimento de Saúde
FACP	Função de Autocorrelação Parcial
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FEFAM	Fundo Especial de Financiamento de Assistência Médica
FESPIM	Fundo Especial dos Serviços Públicos e Investimentos Municipais
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FSE	Fundo Social de Emergência
HCAA	Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre a circulação de Mercadorias e Serviços
ICOS	Instituto Coalizão Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo

IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
ISPOR	International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research
ISS	Imposto Sobre Serviços
ITBI	Imposto de Transmissão de Bens Imóveis
ITR	Imposto sobre a propriedade Territorial Rural
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health Services
NOB	Norma Operacional Básica
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCL	Receita Corrente Líquida
RSM-ES	Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SIE	Sistema de Informação para o Ensino
SIGSS	Sistema Integrado de Gestão em Serviços de Saúde
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
SISNEP	Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Serviço de Vigilância Sanitária
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA.....	16
1.2	OBJETIVOS.....	18
1.2.1	<b>Objetivo Geral</b> .....	18
1.2.2	<b>Objetivos Específicos</b> .....	18
1.3	JUSTIFICATIVA.....	19
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO.....	21
2	<b>SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL</b> .....	22
2.1	ASPECTOS HISTÓRICOS.....	22
2.2	O SISTEMA DE SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988.....	28
2.3	ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	35
2.3.1	<b>Redes de Atenção à Saúde</b> .....	37
2.3.2	<b>Redes temáticas de atenção à saúde e linhas de cuidado</b> .....	44
2.3.3	<b>Classificação dos estabelecimentos de saúde</b> .....	45
2.4	O FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRO.....	50
2.4.1	<b>Os Fundos de Saúde no Brasil</b> .....	52
2.4.2	<b>O Fundo Municipal de Saúde no Município de Santa Maria (RS) – Origem das Receitas</b> .....	59
2.4.3	<b>Avaliação Econômica em Saúde</b> .....	63
2.5	ABSENTEÍSMO EM SAÚDE.....	65
3	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	71
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	71
3.2	LOCAL DE PESQUISA.....	72
3.3	POPULAÇÃO ALVO.....	72
3.4	COLETA DOS DADOS.....	72
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	74
3.6	LIMITAÇÕES DO MÉTODO DE ESTUDO.....	77
3.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	77
4	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	79
4.1	A DETERMINAÇÃO DA TAXA, AS CARACTERÍSTICAS E O IMPACTO FINANCEIRO CAUSADO PELO ABSENTEÍSMO DE PACIENTES NA Rede de Assistência à Saúde ambulatorial no Município de Saúde de Santa Maria – RS.....	79
4.2	PROPOSTA PARA REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE ABSENTEÍSMO NA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AMBULATORIAL NO MUNICÍPIO DE SAÚDE DE SANTA MARIA – RS.....	85
4.2.1	<b>A técnica do Overbooking</b> .....	87
4.2.2	<b>Modelo de previsão a ser utilizado em conjunto com a técnica do overbooking</b> .....	89
5	<b>CONCLUSÃO</b> .....	92
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	94
	<b>ANEXO A – ORGANOGRAMA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTA MARIA</b> .....	108
	<b>ANEXO B – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL</b> .....	109

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) vigente no Brasil foi instituído pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), sendo regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90. Tal sistema foi criado e regulamentado pelos legisladores constituintes e ordinários visando corrigir a situação desigual existente na assistência à saúde da população, visto que apenas segurados pela previdência possuíam direito à assistência em saúde. Sua redação encontra-se no texto dos artigos 196 a 200, da Seção II do Título VIII. Refere a Constituição Federal (1998) que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, devendo ser mantida e garantida por meio de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença”, com acesso “universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, tornando compulsório o atendimento público a qualquer pessoa, sendo vedadas cobranças sob qualquer hipótese.

De acordo com Vilela (2018, p. 1), o SUS, ao longo de sua existência, “tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e apresentar resultados inquestionáveis para a população brasileira”. Ainda assim, apresenta problemas que, apesar do tempo, persistem e devem ser investigados, analisados e enfrentados, e, dentre esses problemas, destaca-se o absenteísmo.

Embora o termo absenteísmo seja frequentemente utilizado na literatura de Gestão de Pessoas para fazer referência à ausência dos profissionais ao local em que desempenham suas atividades profissionais, Boksmati (2016) e Vasconcellos (2017) entendem que o termo compreende também as ausências dos usuários do sistema a compromissos previamente agendados nos serviços de saúde. Conceitua-se o absenteísmo ambulatorial como sendo “...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...” (OLIVEIRA; BENDER FILHO; VIEIRA, 2020, p.1).

Para Saltman (2002), o absenteísmo é um dos fatores que interferem diretamente na distribuição e utilização de bens e serviços de saúde, contribuindo, dessa forma, para o desperdício de recursos e tempo. No entendimento de Costa, Duarte e Vagheti (2018), o absenteísmo desorganiza a oferta de serviços e limita a garantia da atenção nos diversos níveis de assistência com o retorno dos usuários faltosos ao fluxo de marcações de consultas e exames. Nesse sentido, o absenteísmo

deve, conforme Silva, Silva e Pereira (2016), ser tratado de forma preventiva, não só pelas instituições públicas, mas também pelas privadas, sendo, ainda conforme Beltrame *et al.* (2019), problema mundial na assistência à saúde.

Em estudo de revisão sistemática sobre os índices de absenteísmo, Dantas (2018) apresentou como resultado mundial uma taxa média de 23%, o que indica que a cada 100 consultas agendadas, 23 deixam de ser realizadas pela ausência do paciente. Nesse estudo, os maiores índices encontrados foram na África (43,0%), seguido pela América do Sul (27,8%), Ásia (25,1%), América do Norte (23,5%), Europa (19,3%) e Oceania (13,2%). Oleskovicz *et al.* (2014), por sua vez, informam que o índice brasileiro de não comparecimento a consultas ou exames agendados no SUS está em torno de 25%.

Os agendamentos perdidos estão relacionados como uma das principais causas de ineficiência na assistência médica, pois, apesar de não realizados, apresentam custos monetários substanciais para os sistemas de saúde (GUROL *et al.*, 2013). Segundo o autor, o Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra (National Health Services - NHS), em um período de pouco mais de um ano, estimou uma perda de cerca de £ 575.000.000,00 (quinhentos e setenta e cinco milhões de libras esterlinas), tendo como causa direta o absenteísmo.

Ao analisar o absenteísmo na Argentina, Briatore, Taretto e Latorre (2020) vão além e acrescentam à discussão, além dos impactos técnicos e financeiros que ocorrem nos sistemas de saúde, o impacto que ocorre na saúde dos pacientes, sendo fundamental a investigação e o conhecimento desses motivos para o planejamento de estratégias que visem à sua redução. Ainda nesta perspectiva, Chopra e Hookey (2016), ao estudarem o absenteísmo em clínicas de colonoscopia canadenses, mostram preocupação com o possível atraso no diagnóstico e, conseqüentemente, atraso no agravamento da saúde do paciente.

Entre as causas apontadas para o absenteísmo, tem-se a falha de comunicação (CIBULKA; FISCHER; FISCHER, 2012), a marcação de mais de uma consulta no mesmo dia (PEREIRA *et al.*, 2016) e problemas de locomoção com transportes (LONG, 2016). Além desses motivos discutidos mundialmente, estudo brasileiro elaborado por Bender, Molina e Melo (2010) citam como motivos relevantes a desatenção em relação à data da consulta, a marcação de outro compromisso na data agendada, motivos econômicos e agendamentos em horários inoportunos. O esquecimento do paciente é relacionado de forma unânime nos estudos, tanto

nacionais quanto internacionais, conforme asseveram Crutchfield e Kistler (2017), Fonseca *et al.* (2001) e Santos (2008).

Santos (2008), ao investigar o absenteísmo em consultas e procedimentos especializados, agendados via Sistema Único de Saúde, em um município baiano, referiu que essa prática compromete a demanda e limita a garantia da atenção nos diversos níveis de assistência. Entende que, para combater essa prática, é necessário organizar a oferta, melhorando o acesso e a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, estabelecendo-se, ainda, critérios de priorização que visem dar maior efetividade na solução de problemas.

O custo econômico é, para Oliveira (2019), fato agravante, dado que os estabelecimentos de saúde estão sujeitos a custos que ocorrem independentemente da oferta de serviços. É de fundamental importância a manutenção financeira das entidades para a definição de processos assistenciais, gerenciais e de logística que tenham como finalidade equilibrar recursos e ações, buscando a eliminação de 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 que possuem espaços com capacidade produtiva real muito abaixo do recomendado (TRISTÃO, 2017).

As consequências do absenteísmo 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). Os gestores dos SUS defrontam-se diariamente com a necessidade de aumento do número de vagas para atendimentos. A escassez de recursos financeiros impede a resposta adequada à exigência da demanda, tendo como consequência a geração de demanda reprimida que gera longas filas de espera para certos procedimentos e/ou atendimentos, conforme entendimento referidos por Franco e Magalhães Júnior (2004).

## 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Os serviços de saúde são pensados para atender a um estimado número de pessoas visando ao melhor atendimento ao cidadão e à consequente resolutividade dos problemas individuais e coletivos de saúde.

Nesse sentido, é de fundamental importância buscar estratégias e ferramentas que sejam passíveis de execução no controle do absenteísmo e que tenham sido desenvolvidas e construídas a partir de estudos e pesquisas que as respaldem. Somente com a inovação das práticas, a adequação dos processos e agilização nas tomadas de decisão pode-se fazer mais e melhor.

Conforme a Resolução n. 555/2012 da Comissão Intergestores Bipartites do Rio Grande do Sul – CIB/RS, que alterou a configuração das Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul e instituiu as Comissões Intergestores Regionais (CIR), o Município de Santa Maria está inserido na 1ª Região de Saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde – 4ª CRS, sendo essa composta por 32 municípios. De acordo com a Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 96), que determina a habilitação dos municípios em termos de gestão de saúde, Santa Maria está habilitado com a Gestão plena da Atenção Básica (AB), aguardando as novas deliberações para atingir a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

A cidade de Santa Maria é considerada polo regional em diversas áreas, especialmente em educação e saúde, por isso diversos cidadãos residentes em municípios da Região acabam por se deslocar para atendimento na rede municipal de saúde dessa cidade. Em muitos casos, inclusive, Santa Maria é considerada referência para tratamento de algumas patologias. Para poder gerenciar essa realidade com qualidade, eficácia e eficiência, é necessário um estudo aprofundado sobre o absenteísmo na rede municipal de Santa Maria, RS, levando em consideração suas causas e consequências.

Segundo o Plano Municipal de Saúde em vigor (2022/2025), os serviços de saúde do Município estão organizados em três níveis gradativos de atenção à saúde, servindo principalmente, como uma triagem para o SUS. Os usuários são encaminhados de um nível ao próximo, garantindo que profissionais altamente especializados e os equipamentos mais avançados tenham uma maior disponibilidade para quem precisa. A Atenção primária, considerada a primeira dos três níveis, é onde deve acontecer o primeiro contato das pessoas com o sistema, sem restrição de

acesso às mesmas, independente de gênero, condições socioculturais e problemas de saúde. A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Por fim tem-se que a Atenção Terciária é aquela onde estão reunidos os serviços de alta complexidade, representados pelos grandes hospitais e pelas clínicas de alta complexidade. Nessa esfera, os profissionais são altamente capacitados para executar intervenções que interrompam situações que colocam a vida dos pacientes em risco; trata-se de cirurgias e de exames mais invasivos, que exigem a mais avançada tecnologia em saúde.

A Secretaria de Município da Saúde (SMS) foi criada em 28/11/90, pela Lei Municipal nº 3.266/90, está estruturada conforme as seguintes leis: Lei nº 3.497/92, de 02/07/92; Lei Municipal nº 4.021/96 de 06/12/96 e Lei Municipal nº 4.239/99 de 28/06/99.

Ainda assim, o Art. 6º do Decreto Executivo nº 077, de 1º de junho de 2009, regulamenta a Estrutura Organizacional e funcionamento da Secretaria de Município da Saúde, conforme parágrafo único, Art. 7º, Lei Municipal nº 5.189, de 30-04-2009.

A rede municipal de saúde do Município de Santa Maria é, segundo seu organograma (ANEXO A), formada e organizada por quatro Superintendências, a saber: Superintendência Administrativa e Financeira, Superintendência de Atenção Especializada em Saúde, Superintendência de Atenção Primária à Saúde e Superintendência de Vigilância em Saúde. Esses quatro setores compreendem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) referida pelo Plano Municipal de Saúde como sendo os arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar com a base territorial.

O absenteísmo de pacientes, como já referido anteriormente, é um problema que atinge tanto instituições públicas quanto privadas e, certamente, precisa ser tratado de forma preventiva, mas, para tanto, é necessário que se faça um diagnóstico, buscando conhecer a realidade de cada órgão. Na Secretaria de Saúde do Município de Santa Maria o controle do absenteísmo ambulatorial de pacientes é de responsabilidade da Superintendência de Atenção Especializada.

Em Santa Maria – RS, segundo informações constantes no relatório anual do ano de 2021, aprovado em maio de 2022 pelo Conselho Municipal de Saúde e disponíveis na página oficial do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2022, p. 53), os índices de absenteísmo na realização de Consultas médicas nas especialidades de Urologia, Mastologia e Proctologia foram, respectivamente, de 19,2%, 8,6%, e 3%. Foram agendadas nessas especialidades um total de 2230 consultas, sendo 804 para Urologia, 360 para Mastologia, e 1066 para Proctologia. Dessas 2230 consultas agendadas, 216 deixaram de ser realizadas em virtude da ausência dos pacientes o que representa um absenteísmo total de cerca de 9,7%.

Dessa forma e pelo aqui exposto este trabalho tem por problema de pesquisa responder à seguinte questão: Quais as consequências financeiras causadas pelo absenteísmo de pacientes no âmbito do atendimento especializado da rede de saúde da Prefeitura Municipal de Santa Maria e o que pode ser feito para sua mitigação?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Estimar o valor financeiro que deixou de ser repassado e/ou transferido ao Município de Santa Maria - RS para aplicação nos serviços de saúde, por conta do absenteísmo de pacientes na atenção especializada, nos anos de 2016 a 2021.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- a) Verificar, através dos dados consolidados, as taxas do absenteísmo de pacientes no âmbito da rede de saúde da Prefeitura de Santa Maria;
- b) caracterizar o absenteísmo da Rede de Assistência à Saúde ambulatorial no Município de Saúde de Santa Maria – RS;
- c) calcular o custo econômico e o impacto produzido no repasse financeiro efetuado pelo estado do Rio Grande do Sul e pela União Federal; e
- d) propor, em conformidade com o estado da arte, ferramentas que visem minimizar os impactos negativos trazidos pelo absenteísmo de pacientes no atendimento especializado prestado pelo Município de Santa Maria – RS.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Para Ramos e Ramos (2007), o absenteísmo não é um problema de análise simples, pois decorre de uma gama de fatores, o que o torna complexo e de difícil gerenciamento. Cavalcanti, Cruz e Padilha (2018), além de considerarem um fenômeno multicausal, entendem que se trata de um problema relevante que acarreta aumento da fila de espera e de custos.

Segundo Silveira, Ferreira e Siqueira (2018), o absenteísmo é um problema que interfere na efetividade dos serviços de saúde, pois, conforme Souza e Costa (2010), causam dificuldades no acesso às ações de serviços de saúde, fragmentação de políticas e programas de saúde, na organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações, sendo essencial que sejam construídos métodos com bases em critérios específicos para averiguação de suas causas.

O absenteísmo dos usuários dos serviços públicos de saúde em procedimentos e consultas foi estimado por Santos (2008) com índices entre 22 a 30%, representando perdas significativas de recursos financeiros. Estudo realizado em Porto Alegre, por Glugoski (2006) relata uma média de 30% de absenteísmo. No entanto, nenhum dos estudos relaciona as causas do não comparecimento dos pacientes às consultas ou procedimentos agendados.

Izecksohn e Ferreira (2014), ao estudarem o motivo e a percepção do usuário quanto à importância do comparecimento às consultas agendadas, concluíram que problemas relacionados à organização do serviço de saúde interferem diretamente na assiduidade do paciente às consultas médicas. Além disso, sinalizam que a diversificação nas formas de agendamento e contato telefônico prévio com o usuário são fatores de diminuição dos índices de absenteísmo, que, no caso estudado, era de 48,9%.

O atendimento não realizado significa, para o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região (CISVIR), no Paraná, uma oportunidade desperdiçada de ofertar assistência a outro paciente que necessita de acesso aos sistemas de saúde, e impacta em prejuízos financeiros para o prestador, compromete a imagem da instituição perante a sociedade e interfere em indicadores de produtividade, assim como no aumento dos custos devido à ociosidade dos recursos disponíveis.

Na mesma medida que existe preocupação com a ampliação de serviços para suprir a demanda crescente, a subutilização apresenta-se como um fator contraditório

que carrega consigo sérias consequências financeiras para as instituições e para o sistema como um todo (TRISTÃO, 2017). O absenteísmo dos usuários no sistema de saúde configura-se numa realidade usual e, em determinadas circunstâncias, ocorre em grandes proporções, chegando a mais de 50% de faltas (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; MELO; BRAGA; FORTE, 2011; OLESKOVICZ, 2014).

Diante dos prejuízos causados pelo absenteísmo no Sistema Único de Saúde, sejam eles financeiros ou não, Bittar *et al.* (2016) refere que se faz necessária a discussão dos motivos que levam os pacientes ao não comparecimento em suas consultas e/ou exames, os quais foram previamente agendados, devendo ainda ser enfatizada a busca por soluções que, de maneira direta, evitem os desperdícios de recursos, estruturais e financeiros, à disposição do cidadão.

Os problemas causados pelas ausências em consultas médicas também são abordados em estudos de Amaral (2012) e Ferreira (2012) quando destacam os transtornos causados aos médicos, instituições e principalmente aos próprios pacientes ausentes, que, além de não receberem o atendimento necessário, acabam impedindo que outros pacientes obtenham o acesso que necessitam.

O conceito de acesso aos serviços de saúde é um tanto complexo, pois está relacionado à percepção das necessidades de saúde de cada paciente, onde se evidencia se determinada demanda tem acesso aos serviços oferecidos. Obter um serviço no qual o cidadão possa recorrer quando necessitar de cuidados de saúde, mostra-se associado ao correto uso, podendo ser considerado um indicador de acesso (PINHEIRO *et al.*, 2003).

A complexidade do conceito de acesso é corroborada por Travassos e Martins (2004, p. 191) quando afirmam que sua interpretação muda ao longo do tempo e varia em conformidade com o contexto em que está inserido, sendo necessário, para o seu entendimento e resolução, conhecer o perfil social e cultural dos usuários, bem como os motivos que os levaram ao absenteísmo, permitindo, assim, que os gestores do SUS possam traçar estratégias que facilitem o acesso dessas pessoas ao sistema de saúde.

Com as perspectivas que levam em consideração o tempo e o contexto, referidas por Travassos e Martins (2004), é que se pretende mensurar os custos provocados pelo absenteísmo de pacientes às consultas especializadas previamente agendadas na rede pública de saúde da Prefeitura de Santa Maria, calculando seus índices, analisando suas possíveis causas, verificando ainda se esse índice possui

relação com a dificuldade de acesso dos pacientes ao SUS. A visão de tempo e contexto em que está inserido é necessária para aperfeiçoar a gestão de serviços de saúde em seu combate, no intuito de reduzir os desperdícios de forma que seja possível aumentar o acesso e a eficiência dos serviços prestados ao cidadão. Com a redução dos índices de absenteísmo, espera-se uma otimização dos repasses financeiros ao município para auxiliar na prestação de um serviço de saúde cada vez melhor para a população.

Ao realizar o presente trabalho, busca-se contribuir diretamente com a Gestão Municipal de Saúde de Santa Maria para levantar possíveis problemas de absenteísmo ambulatorial no âmbito da rede municipal, traçando, em conjunto com os Gestores, estratégias que visem dar maior eficiência e eficácia ao serviço prestado à população, com acesso mais rápido e adequado para a prevenção e tratamento de doenças das pessoas que aqui residem.

#### 1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Com a intenção de alcançar os objetivos propostos, este projeto está dividido em quatro capítulos, além desta introdução. No segundo capítulo, apresenta-se a estrutura do Sistema Único de Saúde Brasil (SUS) desde a sua criação pela Constituição Federal de 1988, até os dias atuais, abordando os aspectos históricos, a organização e sua infraestrutura. a questão do financiamento, a origem dos recursos, os gastos públicos mínimos que devem ser aplicados pelas três esferas de governo, incluindo-se ainda tópico que trata do financiamento da saúde especializada oferecida pela esfera municipal. No capítulo seguinte, são descritos os procedimentos metodológicos balizadores do trabalho e, por fim, quarto capítulo a discussão, os resultados e a conclusão do trabalho.

## 2 SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Este capítulo apresenta a evolução do sistema de público de saúde brasileiro. Na seção 2.1, são retratados os aspectos históricos que trazem, além das origens da expressão saúde pública, o desenrolar dos fatos e a sequência histórica em que se deu a evolução da saúde pública no Brasil até a promulgação da Constituição Federal de 1988. Na seção 2.2., é abordado, de forma geral, o Sistema Único de Saúde, criado pela Carta Constitucional de 1988. Na seção 2.3, são explicitadas as formas de organização do atual sistema de saúde brasileiro. O presente capítulo apresenta, ainda, na seção 2.4, as questões relativas ao financiamento do sistema único de saúde utilizado no Brasil. Ao final, na seção 2.5 faz uma síntese acerca do absenteísmo.

### 2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

A expressão Saúde Pública tem origem no Estado liberal burguês vigente no mundo no final do século XVIII, visto que a assistência pública referida naquela época englobava tanto a assistência social propriamente dita como a assistência médica. Além disso, continuou a ser considerada matéria dependente da solidariedade comunitária ligada à vizinhança, na qual o envolvimento do Estado apenas deveria acontecer quando a ação das comunidades locais fosse insuficiente. É nessa atuação subsidiária do Estado que se encontra o embrião do que viria a ser o serviço público de saúde, que foi instaurado apenas durante o período conhecido como Restauração (DALLARI, 2007).

Somente após 1850, ou seja, na segunda metade do século XIX, que a higiene passa a ser considerada como um saber social que abrange a sociedade como um todo, fazendo da Saúde Pública uma prioridade política. São dessa época os primeiros intentos de associar a saúde à economia, fortalecendo a importância do investimento no setor (DALLARI, 2007). Essa conjuntura particular vincula-se, de maneira geral, às mudanças concretizadas no decorrer da Segunda Revolução Industrial, a qual alterou totalmente as ligações e os encadeamentos estabelecidos nas searas econômicas, sociais, políticas e culturais, fazendo surgir uma sucessão de obrigações que objetivavam viabilizar as novas exigências do capitalismo, de forma a propiciar ações para a consolidação da produção nos padrões industrial, agrário-exportador e

imperialista, da mesma forma como aconteceu em regiões da América Latina, da África e da Ásia (CARVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2013).

Ao analisar os aspectos históricos da saúde pública, Rosen (1994) entende que os problemas de saúde estão intimamente vinculados ao tipo de estrutura social e à forma de organização comunitária na qual eles estão inseridos. Ainda nesta perspectiva, o entendimento de Saúde Pública é derivado da convergência das medidas adotadas pelo Estado na contenção de epidemias que vão, entre outras medidas, desde a melhora do ambiente físico, da provisão de águas, até a assistência médica.

No decorrer da colonização e do império, no Brasil, inexistiam políticas públicas dirigidas para a saúde. No começo da colonização, um elevado número de indígenas teve suas vidas ceifadas pelas "doenças do homem branco", as quais foram levadas pelos europeus e para as quais a população nativa não possuía resistência. O alcance à saúde era definido pela classe social a que pertencia a pessoa. Os nobres possuíam um acesso fácil aos profissionais de saúde, enquanto que os pobres, os escravos e os indígenas não obtinham qualquer espécie de atenção médica. Essa parte da população era dependente da caridade, das crenças populares e das ações filantrópicas, muitas vezes prestadas pelas Santas Casas de Misericórdia que já estavam no Brasil, no século XVI (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Carvalho (2013), ao examinar os relatos dos cuidados com a saúde do brasileiro, infere que não se pode dissociar a saúde pública no Brasil da filantropia, em especial das filantropias religiosas e de caridade, na medida em que grande parte das pessoas que necessitavam de atendimento recorriam às instituições e médicos filantropos, visto que o Estado realizava apenas algumas ações de saneamento básico, de vacinação diante de epidemias como a da varíola, cuidando ainda de algumas doenças negligenciadas, tais como, as doenças mentais, a hanseníase e a tuberculose.

Júnior, Novo e Pinheiro (2019) relatam que a situação sanitária no país começou a se alterar em 1808 com a chegada, no Brasil, da família real, momento em que se deram a abertura dos primeiros cursos de medicina. Aliado a isso, tem-se, logo após a independência, em 1822, a criação, por Dom Pedro II, de órgãos para inspecionar a saúde pública como forma de evitar epidemias e melhorar a qualidade de vida da população.

No final do século XIX e início do XX, a cidade do Rio de Janeiro sofreu intervenções na área do saneamento básico, eis que o esgoto, que corria a céu aberto, aliado ao fato de que o lixo não tinha o destino adequado, deixavam a população sujeita a uma série de doenças. Ainda nessa época, a população passou pela campanha de vacinação contra a varíola (NOVO; MACEDO JUNIOR; PINHEIRO, 2019).

No decorrer da Primeira República (1889-1930), as principais dificuldades de saúde enfrentadas pelos residentes que se instalavam no perímetro urbano das cidades eram de responsabilidade desses próprios indivíduos e da iniciativa privada (PAIM, 2009, p. 28). Segundo o autor:

Esse não-sistema, consolidado ao longo do século XX até a criação do SUS, teve como marca principal a separação entre ações de saúde pública – profilaxia, propaganda sanitária, saneamento, higiene industrial, vigilância sanitária e controle de endemias – e de assistência médico-hospitalar (PAIM, 2009, p. 28).

Na Constituição de 1891, o cuidado com as áreas de saúde e saneamento, apesar de não haver previsão formal sobre o assunto, ficou sob a responsabilidade e encargo dos estados e municípios. Ao governo federal competiam as ações de saúde e vigilância sanitária dos portos e acompanhamento dos estados nos casos constitucionalmente previstos. Entre 1902-1904, esse entendimento foi alterado em virtude da extensão das epidemias em vários pontos do país, como a febre amarela, a peste negra e a varíola, sendo que, a partir desse momento, ficariam sob responsabilidade do governo federal todos os serviços, mesmo estando demonstrados os limites de sua atuação (HOCHMAN; FONSECA, 2001).

No entendimento de Mendes (1996), o século XX apresenta três modelos predominantes de Saúde Pública no Brasil. O primeiro, de cunho sanitarista-campanhista, o qual é observado no período político, econômico e social que estava fundamentado e sustentado pela atividade agrário-exportadora de um Brasil com população preponderantemente rural, onde as prioridades eram a política de saneamento dos locais de circulação das mercadorias e o controle de doenças que pudessem afetar negativamente as exportações. O segundo modelo, empregado a partir da década de 1920, era de cunho “médico-assistencial-privatista” e se originava dos sistemas das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), o qual configurava-se pela oferta desigual de assistência médica, eis que a maior parte dos habitantes não

estava vinculado a atividades de cunho empresarial, continuando, dessa forma, a depender dos programas sanitários esporádicos do Estado. O terceiro modelo tem início a partir da década de 1980, sendo predominantemente de cunho neoliberal de assistência à saúde.

A expansão da Atenção Primária à saúde no Brasil do início do século XX até o presente momento, é identificada por Mendes (2011, p. 98) através de oito ciclos históricos a saber:

O primeiro ciclo foi o do modelo da rede local permanente, vigente nos primeiros anos do século passado; o segundo ciclo foi o dos centros de saúde-escola, instituídos pelo Prof. Paulo Souza na Universidade de São Paulo (USP), na década de 1920; o terceiro ciclo foi o dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), parte do esforço de guerra, a partir da década de 1940; o quarto ciclo foi o dos centros de saúde implantados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, em todo país, que teve seu auge nos anos 1960; o quinto ciclo foi o dos programas de extensão de cobertura, iniciados por experiências acadêmicas ou institucionais, e que confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), na segunda metade da década de 1970; o sexto ciclo foi o das Ações Integradas de Saúde (AISs) que articulou os cuidados primários das Secretarias Estaduais de Saúde com os da Previdência Social (INAMPS) em núcleos urbanos, no início dos anos 80; do século passado; o sétimo ciclo foi o da municipalização das ações de APS, decorrência da criação do SUS e do movimento de municipalização da saúde, ocorrido a partir do final dos anos 80; o oitavo ciclo, o ciclo vigente, o da atenção básica, surgiu no final de 1993, com a institucionalização, pelo Ministério da Saúde, do PSF (MENDES, 2011, p. 98).

O Governo tinha ciência de que a prestação de serviços de saúde era insuficiente e direcionada a pequenos nichos e que essa ausência estava diretamente ligada com a situação precária das condições de trabalho a que estavam sujeitos os empregados urbanos que, por meio de greves gerais, passaram 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. Em 1923, a Lei Eloy Chaves estabeleceu a obrigação da criação da primeira Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os trabalhadores de empresas ferroviárias, sendo considerada a primeira ação estatal no plano previdenciário (OLIVEIRA, 2019).

As Caixas de Aposentadorias e Pensões eram consideradas entidades semipúblicas, organizadas através de fundos organizados onde trabalhadores contribuíam com 3% mensais, empregadores com 1% do faturamento bruto anual e consumidores dos serviços das empresas com uma fração das tarifas. Os recursos arrecadados eram destinados às aposentadorias por idade e tempo, invalidez ou,

ainda aos dependentes, em caso de morte do trabalhador, sendo a assistência médica oferecida por algumas CAPs (ESCOREL; TEIXEIRA, 2014).

No decorrer da década de 1930, o presidente Getúlio Vargas, seguindo o modelo de seguridade social, criou, em substituição das CAPs, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), os quais, além de reunir os trabalhadores segundo categorias profissionais, era mais abrangente e melhor estruturado, incluindo outros serviços além da aposentadoria e da pensão. Agregado às mudanças, houve modificação no financiamento dos institutos, estabelecendo-se um modelo tripartite de custeio, formado com recursos da União, dos empregados e dos empregadores (OLIVEIRA; BELTRÃO; DAVID, 1999; RANGEL *et al.*, 2009).

Com Vargas no poder, uma nova conjuntura em relação à saúde foi implementada com a nomeação, em 1934, de Gustavo Capanema no Ministério de Educação e Saúde (MESP) e a transição reformista de 13 de janeiro de 1937 (HOCHMAN; FONSECA, 2000). Mota e Schraiber (2009, p. 348) referem que:

A retirada de autonomia das instituições médicas e científicas estaduais, agora subordinadas a instituições federais como o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, radicalizou-se com a criação do MESP, que deveria articular políticas com a intenção de construir um aparato governamental capaz de atuar no território brasileiro, coordenando ações nos níveis federal, estadual e municipal (MOTA e SCHRAIBER, 2009, p. 348).

Em 1949, com a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), a saúde pública inseriu-se, conforme Mercadante (2002), em uma inovadora forma de assistência à saúde, que teve sua importância histórica marcada no fato de que, até aquele momento, o atendimento médico domiciliar era adstrito à iniciativa privada. Esse serviço que passou a ser disponibilizado pelo setor público de saúde à população, apesar de limitado aos casos de urgência, possuía caráter universal. Quanto aos demais serviços de assistência médica especializada, a população brasileira, sem vínculo com os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), continuava a depender da assistência de serviços locais que não conseguiam atender à demanda (LUZ, 1979; BRAGA; PAULA, 1986).

Na década de 1950, intensificou-se o processo de substituição de importação, bem como ocorreu a criação do Ministério da Saúde, onde começaram a ser realizadas conferências que objetivavam avaliar e traçar estratégias acerca da saúde pública no Brasil. Por ocasião da realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde, no

final de 1963, estudos apontavam para a criação de um sistema de saúde para todos os cidadãos, que seria organizado descentralizadamente com protagonismo dos municípios, contudo, a ditadura militar acabou por adiar esses planos por duas décadas (CARVALHO, 2013, p. 7).

Nos governos militares, iniciados com o golpe de 1964, foram realizadas algumas reformas na área da saúde pública, e, neste ponto, a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) existentes no país originou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no ano de 1966. Este último passou a concentrar todas as contribuições previdenciárias e a administrar aposentadorias, pensões e assistência médica de todos os trabalhadores urbanos formais, encontrando-se então excluídos os rurais e os urbanos informais (SANTOS, 2016).

Foi um ciclo da história brasileira em que, na saúde, evidenciou-se a preponderância das instituições previdenciárias na prestação dos serviços de saúde. Além disso, houve grande aumento de entidades privadas no setor, as quais eram financiadas com dinheiro público, inclusive para a construção de hospitais e clínicas particulares (BRASIL, 2011).

Ao escreverem sobre o sistema de saúde pública, Novo, Macedo Junior e Pinheiro (2019, p. 01), referem que:

Durante a ditadura militar, a saúde sofreu cortes orçamentários e muitas doenças voltaram a se intensificar. Em 1970, apenas 1% do orçamento da União era destinado para a saúde. Ao mesmo tempo, surgiu o Movimento Sanitarista, formado por profissionais da saúde, intelectuais e partidos políticos. Eles discutiam as mudanças necessárias para a saúde pública no Brasil. Uma das conquistas do grupo foi a realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde, em 1986. O documento criado ao final do evento era um esboço para a criação do Sistema Nacional de Saúde – SUS. O Ministério da Saúde foi criado em 1953, foi quando também iniciaram-se as primeiras conferências sobre saúde pública no Brasil. Daí, surgiu a ideia de criação de um sistema único de saúde, que pudesse atender toda a população (NOVO; MACEDO JUNIOR e PINHEIRO, 2019, p. 01).

As dificuldades econômicas da década de 1970 levaram o governo brasileiro à adoção de políticas públicas compensatórias àqueles que não estavam integrados no processo de desenvolvimento econômico e social. Carvalheiro, Marques e Mota (2013, p. 13) assim aludem:

No caso da Saúde Pública, essas medidas compensatórias coincidiram com a proposta internacional de Alma-Ata em 1978, que propôs a extensão da assistência primária a toda a população, e a necessidade de expansão do

modelo de atenção à saúde de baixo custo pelo sistema brasileiro. A população atendida por esse programa, baseado na proposta de tecnologia simples e de baixo custo, era aquela à margem do modelo de assistência privada, principalmente a rural e a residente na periferia urbana. O discurso da Saúde Pública com baixos recursos foi uma retórica usada nesse período para justificar a falta de um sistema nacional de saúde com assistência ampla e justa (CARVALHEIRO; MARQUES e MOTA, 2013, p. 13).

Ainda nos anos 1970, ocorreram, principalmente em universidades e instituições de saúde, movimentos políticos e institucionais contra o sistema de Saúde Pública hegemônico e vigente que acabaram por constituir importantes bases para a Reforma Sanitária e o começo do processo de democratização da realidade brasileira e permitiu o desenvolvimento de outras propostas para o sistema de saúde, como a municipalização e a descentralização (ROCHA; CESAR; RIBEIRO, 2013).

Com a instalação do governo de transição democrática, nos primeiros anos da década de 1980, um movimento político e social em prol de mudanças na configuração do sistema de Saúde Pública foi iniciado. As políticas de saúde desenvolveram-se durante profunda crise econômica e em paralelo ao processo de redemocratização. Esse cenário político-econômico determinou os caminhos assumidos no período. Nesse sentido, duas propostas políticas emergiram das discussões e dos movimentos: a primeira propôs a Reforma Sanitária, modelo assumido pelo movimento mais democrático, e a segunda era uma proposta conservadora de ajuste do modelo privado (CARVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2013).

Em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que continha como princípios básicos a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária, tendo sido alguns deles incorporados ao próprio SUS (SANTOS, 2015).

Efetuada essas considerações históricas, passa-se agora a abordar a saúde sob a ordem constitucional vigente atualmente, a qual foi inaugurada com a promulgação da Carta Constitucional de 1988.

## 2.2 O SISTEMA DE SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988

A Constituição Federal de 1988 (CF/88), conhecida como “Constituição Cidadã”, é o instrumento que delimita o fim do Estado autoritário imposto pela ditadura militar e o retorno do Brasil ao Estado Democrático de Direito. É através da CF/88 que se estabelecem os pilares norteadores e formadores que devem ser atendidos pelo

sistema de saúde brasileiro a ser construído, bem como estabelece as garantias e direitos fundamentais a todo cidadão.

A proposta final aprovada na Constituição Federal de 1988 continha importantes pontos ligados ao conceito de saúde relacionado com a perspectiva social, política e econômica, com a saúde como um direito social da população e responsabilidade do governo através da criação de um sistema único com a participação da comunidade, descentralizado e com assistência integral e com a integração da saúde no sistema de seguridade social. Conforme entendimento jurisprudencial do Supremo Tribunal Federal (STF), referido por Santos (2016), “a saúde é tanto um direito social, como um direito individual, oponível até mesmo em face do Estado por meio de demandas individuais...”.

A Carta Magna brasileira de 1988 instituiu a saúde como direito social através de sua previsão expressa no art. 6º, *caput*, do texto constitucional, que assim refere:

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 64, de 2010).

O artigo 194 da carta política de 1988 traz a saúde, juntamente com a previdência e a assistência social na parte da seguridade social, devendo ser organizada com base nos objetivos elencados nos incisos do parágrafo único, vejamos:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

**Parágrafo único.** Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - **universalidade** da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - **equidade** na forma de participação no custeio;

VI - **diversidade** da base de financiamento;

VII - **caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.** (grifei)

A lei maior brasileira trata do tema saúde de forma mais específica no texto constitucional, no Capítulo que aborda a Seguridade Social. A saúde, por sua vez, constitui a Seção II, que começa com o artigo 196, que assim refere:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Em conformidade com o prescrito no art. 197, as ações e serviços públicos de saúde são de relevância pública, podendo ser prestadas pelo Poder Público, ou ainda, por terceiros (pessoas físicas ou jurídicas de direito privado). Pelo fato de possuir natureza de serviço público, sua regulamentação, fiscalização e controle deve ser exercida pelo Poder Público. A regulamentação é realizada através da expedição de legislações e normas infralegais (leis complementares, leis ordinárias, decretos, instruções normativas, portarias, etc.), e, quanto à fiscalização e ao seu controle, devem ser exercidos na forma prescrita pela Constituição Federal, considerando a sua integralidade. Dessa forma, são executados, tanto pelos órgãos de controle interno, quanto pelo controle externo, a cargo do Poder Legislativo, com auxílio do Tribunal de Contas nos aspectos contábil, financeiro, orçamentário, operacional e patrimonial, consoante o art. 70 da CF. Portanto, devem ser exercidos. Nesse sentido, a fiscalização e o controle abrangem todos os atos pertinentes à movimentação de recursos e à realização de despesas para a manutenção das ações e serviços de saúde (SANTOS, 2016).

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

O Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, está previsto no artigo 198 da carta constitucional que, através de diversos incisos e parágrafos, assim assevera:

Art.198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:  
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;  
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º;

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV – revogado.

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
  - III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
  - IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
  - V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
  - VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
  - VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
  - VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.
- ..."

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi efetivamente constituído quando da promulgação das Leis nº 8.080/1990<sup>1</sup> e 8.142/1990<sup>2</sup>, 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). As referidas leis definem as bases concretas do funcionamento, sendo o SUS fruto de uma construção social e histórica marcada pelas disputas na direção de garantir que todos os brasileiros tenham direito, em uma perspectiva ampliada, à saúde, com interface sobre todas as dimensões de suas vidas, instituindo uma nova fase no processo histórico de construção do sistema público de saúde brasileiro (JESUS; ASSIS, 2011).

Paim (2019) refere que o SUS, na realidade, foi concebido nove anos antes da promulgação da Constituição de 1988, quando da elaboração do documento “A questão democrática na área da saúde” (CEBES, 1980), por ocasião da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nesse documento, foram formulados e explicitados praticamente todos os princípios e proposições que formam o SUS na atualidade.

O SUS, na sua forma institucional, abrange, entre outros princípios, a universalidade, a equidade, a igualdade e a integralidade nos serviços e ações de saúde, além de diretrizes organizacionais que consistem na descentralização,

<sup>1</sup> LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

<sup>2</sup> LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

regionalização e hierarquização da rede de serviços e participação social. Para Jesus e Assis (2011), são os princípios e diretrizes as ferramentas adequadas para as mudanças necessárias no modelo de atenção à saúde e no processo de trabalho dos diferentes sujeitos sociais. Não obstante a isso, asseveram os autores que:

... o planejamento estratégico, participativo e democrático continua muito distante do cotidiano dos gestores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde, apesar de ainda representar uma “imagem-objetivo” a ser alcançada pelos diferentes interlocutores que defendem uma saúde pública, universal e resolutive (JESUS; ASSIS, 2011, p.14).

Jesus e Assis (2011) asseveram que o princípio da universalidade foi adotado para o enfrentamento das questões relativas à falta de acesso da população às políticas públicas de saúde, que, para além de garantir acesso, deve garanti-lo de modo qualificado e resolutivo para todos os cidadãos. Ainda nesta perspectiva, para Paim (2015), o princípio da universalidade expressa a saúde como um direito de todos e dever do Estado, dessa forma, o acesso aos serviços e ações de saúde deve ser assegurado a todos, cabendo à gestão (nacional, estadual e municipal) do SUS enfrentar e superar as possíveis barreiras geográficas, econômicas, sociais e culturais para a garantia desse direito (PAIM, 2015).

Segundo Jesus e Assis (2011), o princípio da equidade foi adotado para o enfrentamento das questões relativas à exclusão, à discriminação e às desigualdades (sociais, étnicas, de gênero, territoriais e econômicas). Para os autores, o princípio da equidade possui a igualdade como principal forma de expressão, já que um sistema público de saúde deve garantir que a plena assistência ocorra com a devida justiça social, pois todos são iguais perante a lei.

É possível identificar dois enfoques subjacentes que tentam distinguir a noção de equidade em relação ao conceito de igualdade: o econômico e o da justiça. No enfoque econômico, busca-se a distribuição mais eficiente dos recursos, considerando a justiça distributiva. Já o enfoque centrado na ideia de justiça considera o igual tratamento para iguais e o tratamento desigual para os desiguais (ELIAS, 2005; VIEIRA DA SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009).

Ainda sobre os princípios e diretrizes adotados pelo sistema de saúde público brasileiro, Jesus e Assis (2011, p.162) assim referem:

Outros princípios e diretrizes acabam por surgir no percurso: garantia à informação, direito de escolher (autonomia), vigilância da saúde como eixo orientador da ação, controle público das ações essenciais à manutenção da vida, etc. Refletindo a intensa construção da luta dos diversos atores sociais na construção da demanda pelo SUS, enquanto sistema público de saúde. Porém, o processo de disputa ainda está inacabado. É preciso continuar militando para que de fato esses princípios e essas diretrizes se concretizem na prática. A Reforma Sanitária Brasileira ainda não está completa e novos atores precisam erguer as bandeiras de luta para somar-se àquelas que historicamente disputaram e conquistaram este SUS real que temos.

Conforme Bahia (2018), com a implantação do SUS, houve ampliação da oferta e do acesso da população ao sistema público de saúde. Esse órgão, no entanto, não pode ser considerado como sinônimo de rede estatal, porque o termo “saúde suplementar” não compreende a totalidade dos serviços de saúde que são prestados na rede privada.

A avaliação favorável ao SUS ao longo do tempo também foi incorporada por instituições especializadas que articulam interesses econômicos internacionais, como o Banco Mundial (LINDELOW, 2013), e entidades de representação de empresas de saúde no Brasil conforme referido pelo Instituto Coalizão Saúde (2016). A atenção básica (saúde da família), financiada com recursos públicos, cresceu exponencialmente (o número de pessoas cadastradas em 2015, cerca de 116.600, é cinco vezes maior do que em 1998), segundo o Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Por sua vez, o setor privado assistencial também se expandiu, e a Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP) divulgou, em 2018, a abertura de mais de 3 mil leitos em hospitais privados. Reduziram-se, todavia, segundo Filgueira (2018), os leitos públicos.

Para Oliveira (2019), com a implantação de um sistema de saúde com cobertura universal, o Brasil, além de aproximar-se da experiência de países de diversos continentes, como Reino Unido, Canadá, Dinamarca, Espanha, Finlândia, Itália, Noruega, Nova Zelândia, Portugal e Suécia, 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).

Embora o projeto brasileiro de Saúde Pública tenha avançado com a Constituição de 1988, a realidade da saúde ainda está distante da organização prevista no texto constitucional, e o desafio pela estruturação de um sistema público de saúde no Brasil, de acesso universal, com cobertura integral e qualidade faz parte dos propósitos e conquistas de uma nação que alimentou os valores da equidade e da democracia. O Sistema Único de Saúde (SUS) é a manifestação, no campo da saúde, do desejo de um país justo e do compromisso com a cidadania (MENDES, 2011).

O paradigma que norteia o modelo de atenção à saúde no Brasil, segundo Gil (2005), vem sofrendo alterações no sentido da valorização das ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Essas premissas são capazes de impactar positivamente o novo modelo, superando as práticas curativistas e a fragmentação do cuidado à saúde.

No entendimento de Catelan (2018), os processos administrativos político-gerenciais do sistema SUS dependem das relações estabelecidas entre os gestores das três esferas de governo. Os princípios e diretrizes do SUS requerem ação integrada, comunicação efetiva, resolutividade e acesso à assistência ofertada, governança dos recursos e do planejamento em saúde com a superação das diferenças estruturais e históricas, principalmente entre secretarias estaduais e municipais de saúde.

O próximo item aborda a questão da organização do Sistema Único de Saúde através de suas Redes de Atendimento, linhas de cuidado e dos estabelecimentos.

### 2.3 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O termo organização representa, neste tópico, a forma como as ações, os serviços, as instâncias de governo, os prestadores públicos e privados e os trabalhadores da saúde são constituídos e estruturados para proporcionar a satisfação das necessidades em saúde, mobilizar o trabalho em conjunto entre trabalhadores e instituições, formar processos organizados com regras e incentivos que conjuntamente permitam que os objetivos e metas determinados pelo sistema sejam alcançados.

Santos (2015) refere que o SUS constitui-se em um sistema organizado onde as ações e os serviços de saúde devem ser integrados de forma regionalizada e hierarquizada quanto aos níveis de atenção (hierarquia no caso, não significa

subordinação), constituindo um sistema único, com vistas à descentralização, ao atendimento integral e à participação comunitária. A hierarquização ora tratada diz respeito aos níveis de complexidade crescente, como enuncia o art. 8º da Lei nº 8.080/1990:

Art. 8º. As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementada pela iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Nessa esteira, devem ser considerados os níveis de complexidade dos serviços: a base do sistema é a atenção básica (ou primária), que realiza a triagem dos interessados em utilizar o sistema. Os demais níveis são média complexidade (atenção secundária) e alta complexidade (atenção terciária).

O SUS encontra-se em consonância com um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, “procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que tange à saúde coletiva, consolidando-a como um dos direitos da cidadania” (CONASS, 2011). Para o cumprimento da universalidade, o sistema foi estruturado de maneira descentralizada, cabendo, portanto, às três esferas de governo tanto a operacionalização quanto o seu financiamento. A direção do SUS, no entanto, 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).

O processo de implantação do SUS, iniciado na década de 1990, possibilitou a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, mas a montagem de Redes de Atenção à Saúde (RAS) regionalizadas persiste como problema central, necessária à garantia do acesso em tempo oportuno do cidadão às ações de saúde adequadas à sua necessidade (VIANA *et al.*, 2019).

A distribuição dos problemas de saúde na população, no espaço e no tempo, não ocorrem de maneira homogênea, mas envolvem diferentes complexidades e custos, dessa forma os estabelecimentos foram organizados de maneira que formem Redes de Atenção à Saúde que possam prestar assistência à população, constituindo-se, na visão de Erdmann (2013), como importante estratégia à superação do modelo fragmentado de operacionalização da assistência e gestão da saúde.

### 2.3.1 Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas por Mendes (2017) como arranjos organizativos das ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Organizam-se em um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos (municipal, estadual e federal), voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde. A construção dessa forma de relações intergovernamentais no sistema de saúde requer o cumprimento das responsabilidades assumidas e metas pactuadas, sendo cada esfera de governo corresponsável pela gestão do conjunto de políticas estabelecidas nos pactos que celebram (NUNES *et al.*, 2015; FARAH *et al.*, 2016).

Para que o sistema de saúde responda às demandas sociais, a distribuição das ações e serviços de saúde foi planejada segundo níveis de atenção (hierarquização), assumindo as diferentes necessidades de saúde e dinâmicas territoriais específicas (regionalização) (NORONHA, 2014). É dentro das regiões de saúde que as RAS devem ser compreendidas com as diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores<sup>3</sup>. São formadas pelo estado e pelo mercado, enfatizando as características gerencial e logística na medida em que envolvem modelos de gestão, integração econômica vertical e horizontal, regulação, continuidade do cuidado, economia de escala e escopo, coordenação técnica e governança clínica (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Com base nas concepções mais gerais contidas nas teorias de redes, em vários campos (AGRANOFF; LINDSAY, 1983; PODOLNY; PAGE, 1998; CASTELLS, 2000; FLEURY; OUVÉNEY, 2007), os autores definem as RAS como organizações

---

<sup>3</sup> O Conselho Nacional de Saúde (2016, p.1) refere que “as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartites são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública”. As decisões ocorrem por consenso e não por votação, incitando assim, o debate e a negociação entre as partes. Lucchese (2004, p. 29) assevera que desde que foram instituídas, no início da década de 1990, as Comissões Intergestores Tripartite (na direção nacional) e Bipartite (na direção estadual) “vêm se constituindo em importantes arenas políticas de representação federativa nos processos de formulação e implementação das políticas de saúde”. Conforme Trajano (2019, p. 17) “constituem-se como foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no Sistema Único de Saúde (SUS)”, dessa forma, reforça a governança nestes espaços optando pela responsabilização dos entes, de maneira que as tomadas de decisão na gestão tenham transparência e busquem o acesso integral à Saúde.

poliárquicas<sup>4</sup> de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Os objetivos de uma RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN; HAM, 2008). As Redes são, ainda, as responsáveis pela integração e coordenação dos fluxos entre diferentes lugares, inserindo-os dentro de uma mesma lógica produtiva que configura um espaço regional (SANTOS; SILVEIRA, 2001). Para Borzel (1997), as redes são relações não hierárquicas de compartilhamento de objetivos comuns entre vários atores, com troca de recursos entre si, no suposto de que a cooperação é a melhor forma de alcançar esses objetivos.

As diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS foram definidas em 2010, com a publicação da Portaria nº 4.279/2010, a qual estabelece que os principais objetivos são a integração entre os sistemas de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, e a ampliação do desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, bem como da eficiência econômica (BRASIL, 2010).

A descentralização favoreceu a constituição dos sistemas municipais e estaduais de saúde, mas não garantiu a sua integração, comprometendo dessa forma o acesso e a integralidade da atenção. A organização de RAS regionalizadas e hierarquizadas preveem a possibilidade de integração entre municípios, regiões de saúde e estados (VIANA *et al.*, 2019), sendo que, dentro de seu território, a Região de Saúde deve conter no mínimo ações e serviços voltados para a atenção primária à saúde (APS), urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

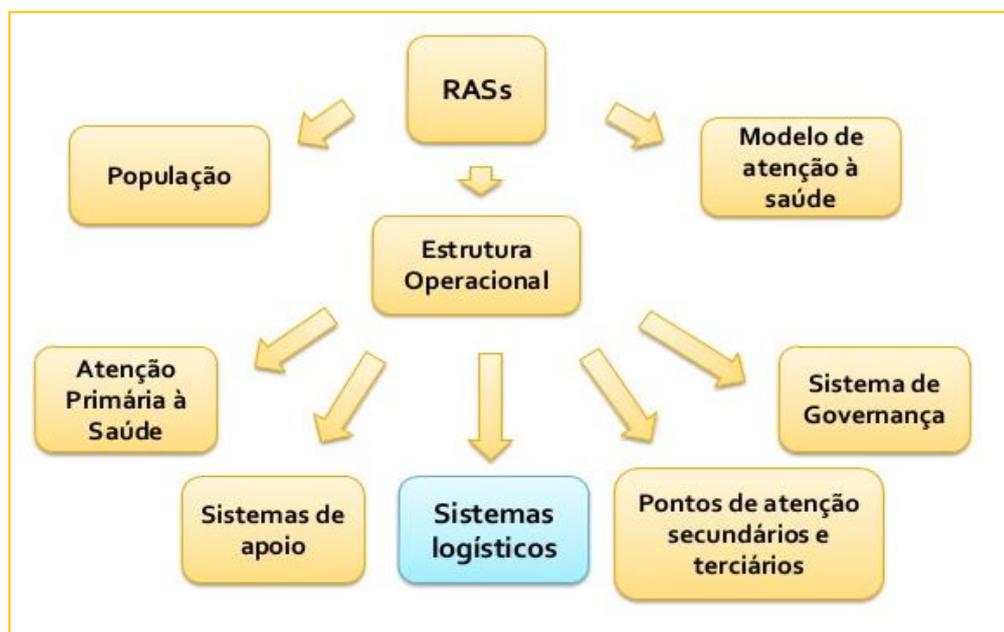
---

<sup>4</sup> Apesar de soar complicada à primeira vista, dá nome a algo simples: aquilo que, no dia a dia, nós chamamos de democracia. O cientista político Robert Dahl (1915-2014), no clássico livro *Poliarquia*, de 1971, ao investigar as condições necessárias para a democratização, usou este termo (em tradução literal, “governo de muitos”) para se referir ao grau máximo de democratização alcançado pelas nações desenvolvidas do Ocidente daquele momento.

Para Magalhães Júnior (2014), a modesta evolução das secretarias estaduais de saúde em organizar redes regionalizadas, aliadas à debilidade do Ministério da Saúde no fortalecimento de políticas indutoras do processo de organização de RAS, reforçam o caráter fragmentado do sistema. A constituição das RAS envolve a integração e a interconexão dos serviços com diferentes níveis de densidade tecnológica distribuídos em distintos entes federados. Nesse contexto, o planejamento, a gestão, a regulação e o financiamento são fundamentais para a integração dos diversos pontos de atenção que formam as RAS, a qual pode ser operacionalizada por meio da implantação de um centro de comunicação, ou seja, um complexo regulador, que ordena os fluxos e contrafluxos nos diversos pontos de atenção (MENDES, 2015).

A Figura 1 apresenta a organização das RAS que deve ser integrada por três elementos constitutivos, quais sejam, população/área de abrangência, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (MENDES, 2010; MONTEIRO, 2015). A organização das redes, segundo Kehrig, Souza e Scatena (2014), perfectibiliza-se através de acordos pactuados e celebrados entre as esferas de governo e entre gestores e prestadores de serviços, e, por esse fato, agregam ao mesmo tempo, caráter técnico, político e de controle social, o que representa avanço no processo de governança regional.

Figura1 - Organização das RAS



Fonte: DAB (Departamento de Atenção Básica).

Em relação ao primeiro componente, qual seja, população, tem-se que a mesma está, no entendimento de Monteiro (2015, p.1),

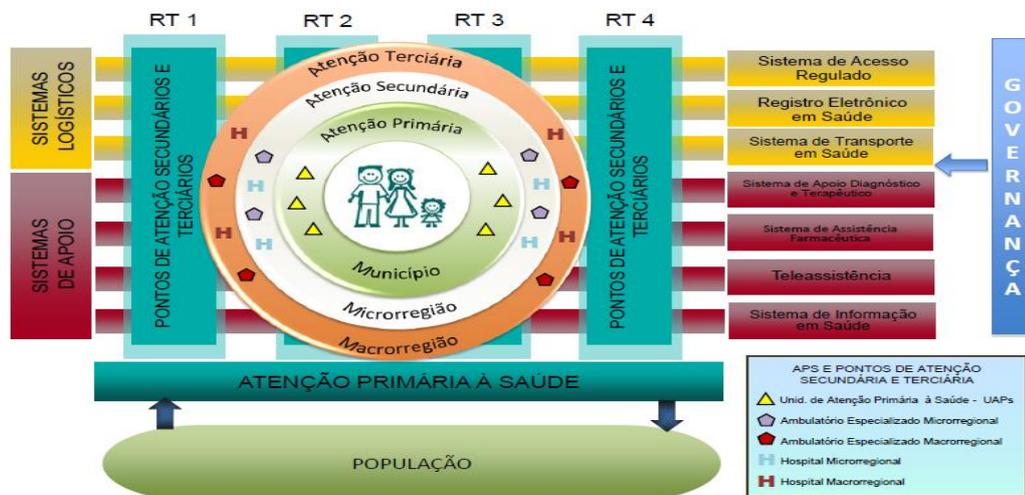
colocada sob a responsabilidade sanitária e econômica de uma rede de atenção onde é preciso estabelecer as necessidades de saúde da mesma segundo seus riscos além de implementar e avaliar as intervenções sanitárias promovendo o cuidado a fim de preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade viabilizando a operacionalidade do sistema.

O segundo componente formador das redes de atenção à saúde é denominado por Mendes (2011, p. 86) de “estrutura operacional”, as quais são compostas “pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam”. A estrutura operacional das RASs possui, para Mendes (2011, p. 88), cinco componentes, a saber:

o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); - os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança.

Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. É o que se observa na Figura 2.

Figura 2 – A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



Fonte: Oficina de Planificação da atenção à saúde (CONASS, 2017)

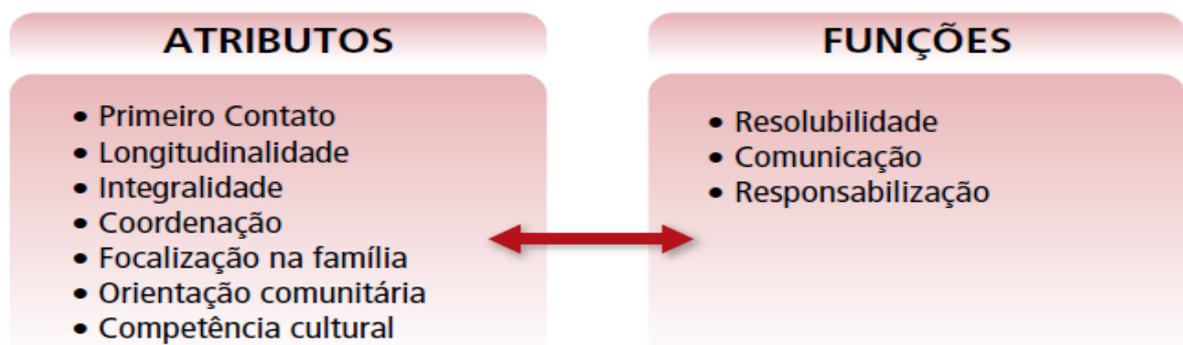
O modelo de atenção à saúde, terceiro componente constitutivo de uma rede de atenção à saúde, é definido assim por Mendes (2011, p. 208):

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Mendes (2011, p. 208)

Segundo esta conformação estrutural, a atenção primária à saúde (APS) é 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 (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Uma APS de qualidade, como parte integrante das RAS, deverá, como se observa na Figura 3, estruturar-se segundo sete atributos e três funções.

Figura 3 - Os atributos e as funções da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011, p. 97).

Só haverá APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo obedecidos em sua totalidade. O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se

procura atenção à saúde. A longitudinalidade implica a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adstrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RASs. A focalização na família implica considerá-la sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde. A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. A competência cultural exige uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias.

Da mesma forma, uma APS de qualidade só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolubilidade, inerente ao nível de atenção primária, significa que ela deve ser resolutiva capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RASs, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adstrita e o exercício da responsabilização econômica e sanitária em relação a ela.

No nível de atenção secundária ou ambulatorial especializada, os quais têm 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, 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 possui 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 escopo 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. A operacionalização das RAS no SUS ainda se encontra em processo de consolidação e discussão de estratégias visando à sua implantação plena (PEITER *et al.*, 2019). As RAS, como normatizadoras e organizadoras de um modelo de atenção, apresentam uma matriz discursiva, ideológica, que as estrutura, de modo que a produção científica sobre esse tema pode ser considerada como reverberações, efeitos e visibilidades possíveis de uma realidade em construção do cotidiano dos serviços e práticas em saúde (PEITER *et al.*, 2019).

Há, na literatura, evidências de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde.

### **2.3.2 Redes temáticas de atenção à saúde e linhas de cuidado**

As discussões sobre modos de organização de subredes, redes temáticas ou linhas de cuidados no contexto do SUS iniciou-se em 2011, por parte do Ministério da Saúde (MS), que, nesse primeiro momento, não tinha preocupação semântica, mas um pensamento sobre estratégias prioritárias para o enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometiam a população (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014).

As Redes teriam uma estrutura com componentes variados e lógicas próprias de implantação, dada a singularidade de seus componentes, podendo haver componentes coexistindo entre as redes temáticas. Ademais, em todas as redes, a APS é a base, e a região de saúde é seu território de abrangência, definidas livremente pelos estados e municípios, e pactuada nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB). Além disso, as redes requerem ações de qualificação, informação, regulação, promoção e vigilância em saúde (VIANA *et al.*, 2019).

As linhas de cuidados são definidas como um conjunto de informações, tecnologias e recursos necessários para o enfrentamento de riscos, agravos ou condições especiais do ciclo de vida, ofertadas de forma oportuna, articulada e continuada pelo sistema de saúde, servindo sua implementação central para a organização das redes regionalizadas de atenção à saúde (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Segundo Viana (2019), trata-se de articulação de recursos e práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância, valorizando ainda o vínculo do usuário com serviços de apoio especializados, ofertas de medicamentos, transporte, entre outros.

Nesse modelo, o usuário tem acesso aos serviços de saúde de forma sistêmica, por meio de pontos de atenção à saúde reconhecidos como espaços nos quais se ofertam determinados serviços de saúde. Os pontos de ação estão conectados dentro das redes e devem ser capazes de garantir saúde por intermédio da racionalidade dos recursos, mas supondo a ampliação da oferta de especialidade, regulação dos serviços, estruturação de fluxos assistenciais mediante mecanismos de referência e

contrarreferência e coordenação do cuidado sob responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (VIANA *et al.*, 2019).

Este tipo de prática tem sido utilizado para orientar os usuários quanto ao caminho a percorrer no sistema de saúde e quanto às condutas a serem tomadas, principalmente no caso de doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações – entre elas a hipertensão arterial sistêmica, o *diabetes mellitus*, o câncer, a dor lombar, o transtorno depressivo e outras. É dependente de pactuação/contratualização, contato e compartilhamento de responsabilidades e tarefas entre os diferentes pontos de atenção e os profissionais que o compõem (VIANA *et al.*, 2019).

Necessário frisar que determinado serviço de saúde se configura como ponto de atenção de diferentes temáticas, como os hospitais e os grandes serviços ambulatoriais de referência especializada, com imagem transversal quando visto de fora da rede e como plataforma de busca de integralidade do cuidado, quando visto por dentro da rede (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014).

Esse arranjo abrange três aspectos: o institucional, por meio do fortalecimento das instâncias gestoras do SUS; o gerencial, com organização de grupos condutores das regiões de acordo com a rede temática, responsáveis pela elaboração dos diagnósticos regionais e desenho dos planos de ação; e o financiamento (BRASIL, 2014).

### **2.3.3 Classificação dos estabelecimentos de saúde**

Os sistemas de saúde podem ser analisados a partir de seus componentes: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão (BAHIA; SOUZA, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde, estabelecimento de saúde (ESS) é o “espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica”, onde o espaço físico delimitado e permanente está relacionado à infraestrutura necessária para se considerar um espaço como estabelecimento de saúde. Não estão excluídos estabelecimentos móveis, como embarcações, carretas, etc. Isso significa que estruturas temporárias, como barracas, tendas ou atendimentos realizados em regime de mutirão em locais

públicos abertos, não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2017).

Esses espaços físicos abrigam pessoas, equipamentos e insumos necessários ao funcionamento do serviço de saúde. Todos os ESS (públicos, privados e mistos) são registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que, apesar de ter sido criado em 2003 e implantado em 2005, somente foi instituído formalmente em 2015, por meio da Portaria 1.646/2015 e alterado em 2017 pela Portaria 2.022/2017 (BRASIL, 2017).

As ações e os serviços de saúde de natureza humana perfazem ações de vigilância, regulação e gestão da saúde, além de ações de caráter assistencial como consultas (médicas, odontológicas, de enfermagem, etc.), internações hospitalares, exames e outros procedimentos preventivos, diagnósticos, terapêuticos ou reabilitadores (CANABRAVA; SOUZA, 2019).

Em maio de 2021, conforme dados disponíveis na página oficial do DATASUS - Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), existiam 348.768 estabelecimentos de saúde (entre públicos, privados e mistos) registrados no portal do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde (MS), divididos nos vinte e sete estados e no distrito federal e nas cinco regiões brasileiras. Percebe-se que a Região Sudeste concentra aproximadamente 44,2% dos estabelecimentos de saúde brasileiros e o Estado de São Paulo, com seus 76.325, estabelecimentos, possui aproximadamente 21,9% do total de estabelecimentos de saúde existentes no Brasil, ou seja, representa sozinho mais do que as outras regiões brasileiras quando vistas separadamente, excetuando-se aí a Região Sul, a qual possui 78.314 unidades de saúde.

Pela Tabela 1, consegue-se visualizar que a Região Norte possui os menores números e índices de estabelecimentos de saúde (ESS) do Brasil, com um total de 17.983 ESS para seus sete estados, e é nessa região que está localizado o estado com menor número e índice de estabelecimentos de saúde do Brasil, qual seja, o Amapá, que possui apenas 739 ESS para uma população projetada, em junho de 2021, de 877.203 pessoas. O Amapá, apesar de conter o menor número de estabelecimentos, não é o menor em número de habitantes, eis que o estado com o menor número de habitantes é Roraima, com 640.477 pessoas, conforme está apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Quantidades de Estabelecimentos de saúde por estados e regiões brasileiras em maio de 2021

Região	UF	Totais no Estado			Totais na Região		
		ESS	%	População	ESS	%	População
Norte	RO	3.661	1,0	1.814.590	17.983	5,1	18.890.119
	AC	1.046	0,3	906.688			
	AM	2.638	0,8	4.268.535			
	RR	785	0,2	640.477			
	PA	6.793	1,9	8.775.680			
	AP	739	0,2	877.203			
	TO	2.321	0,7	1.606.946			
Nordeste	MA	6.234	1,8	7.152.140	69.706	20,1	57.657.568
	PI	3.791	1,1	3.288.077			
	CE	12.996	3,7	9.239.155			
	RN	3.809	1,1	3.560.576			
	PB	6.910	2,0	4.058.485			
	PE	9.361	2,7	9.673.845			
	AL	3.772	1,1	3.364.906			
	SE	3.993	1,2	2.338.104			
Sudeste	BA	18.840	5,4	14.982.280	154.355	44,2	89.608.943
	MG	47.128	13,5	21.407.538			
	ES	7.740	2,2	4.106.914			
	RJ	23.162	6,6	17.457.546			
Sul	SP	76.325	21,9	46.636.945	78.314	22,5	30.393.897
	PR	28.214	8,1	11.594.166			
	SC	20.288	5,8	7.335.123			
Centro - Oeste	RS	29.812	8,6	11.464.608	28.410	8,1	16.700.058
	MS	5.233	1,5	2.838.043			
	MT	7.412	2,1	3.565.427			
	GO	11.849	3,4	7.206.082			
	DF	3.916	1,1	3.090.506			
TOTALIS		348.768	100,0	213.250.585	348.768	100	213.250.585

Fonte: Adaptado pelo autor com dados Ministério da Saúde – CNES (maio de 2021) e do IBGE (Projeção 24 junho de 2021).

Considerando o enorme contingente populacional do país, assim como a distribuição geográfica dos estabelecimentos, esses números não garantem acesso em tempo oportuno, tampouco qualidade de cuidados para todos (CANABRAVA; SOUZA, 2019).

A Portaria 2.022, de 07 de agosto de 2017 (BRASIL, 2017), alterou a metodologia de cadastramento e determinou a atualização cadastral, e o tipo de ESS passou a ser definido automaticamente com base nas informações das atividades e o estabelecimento de saúde que realiza.

Dessa forma, os ESS foram organizados em quatro principais grupos de atividades: assistência à saúde; gestão da saúde; vigilância em saúde; e outros (desde que relacionados à saúde humana). Para cada um dos grupos, foram descritas atividades relacionadas aos tipos de estabelecimentos.

A assistência à saúde está relacionada diretamente às atividades que abrangem o conjunto de ações e serviços de saúde que tem por finalidade o diagnóstico, o tratamento, o acompanhamento e a reabilitação de pacientes, bem como as atividades destinadas ao processo de capacitação do indivíduo em melhorar, controlar e promover sua saúde, prevenir doenças ou sofrimento mental em indivíduos ou populações suscetíveis, possuindo atividades relativas às consultas ambulatoriais; apoio diagnóstico; terapias especiais; reabilitação; concessão, manutenção e adaptação de órteses, próteses, materiais especiais e meios de locomoção (OPM); atenção domiciliar; e assistência a emergências.

A Gestão da Saúde é responsável pelos estabelecimentos considerados gerenciais que são responsáveis pelas atividades de cunho administrativo ou técnico-administrativo que englobam o planejamento e a administração de sistemas e de planos de saúde, a regulação assistencial, do acesso e de sistemas de saúde e a logística de insumos da atenção à saúde, que foram classificados em quatro tipos, quais sejam, Central de Gestão de Saúde, Central de Regulação, Central de Abastecimento e, Central de Transplante, são em número, conforme Tabela 2, de 9.634 e representam 2,8% de todos os ESS brasileiros.

A Vigilância em Saúde reúne processos contínuos e sistemáticos de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, à prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (Portaria nº 1.378/GM/MS/2013). São quatro grupos categorizados onde se desenvolvem essas atividades: Unidade de Vigilância de Zoonoses, Laboratório de Saúde Pública, Centro de Referência e Saúde do Trabalhador e Serviços de Verificação de óbito. Eles são em número de 3.613 e representam cerca de 1% do total de ESS brasileiros.

Por fim, o grupo formado por Outras Atividades Relacionadas à Saúde Humana é definido como categoria de estabelecimentos onde são realizadas atividades que visam apoiar ou complementar, de forma indireta, as demais atividades relacionadas à saúde humana. O anexo da Portaria nº 2.022/2017 explicita dois conjuntos de atividades dentro dessa categoria: a confecção de órteses e próteses dentárias, e

hospitalidade<sup>5</sup>, são em número de 2.707 e representam cerca de 0,8% do total de ESS brasileiros.

Os estabelecimentos de saúde cadastrados junto ao Ministério da Saúde, perfaziam, no mês de junho de 2021, um total de 348.768 distribuídos entre seus vinte e cinco (25) tipos de estabelecimentos e suas quatro (04) classificações, em conformidade com as especificações da Portaria nº 2.022/2017, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Classificações dos tipos de Estabelecimentos de Saúde

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Classificação</b>	<b>ESS</b>	<b>ESS (%)</b>	
Central de gestão em saúde	Gestão da Saúde	6.466	9.634 (2,8%)	
Central de regulação	Gestão da Saúde	2.120		
Central de abastecimento	Gestão da Saúde	1.000		
Central de transplante	Gestão da Saúde	48		
Unidade básica de saúde (UBS)	Assistência à Saúde	41.591	332.426 (95,3%)	
Hospital	Assistência à Saúde	6.488		
Centro de assist. obstet. e neonatal	Assistência à Saúde	123		
Pronto atendimento (PA)	Assistência à Saúde	5.170		
Farmácia	Assistência à Saúde	8.664		
Unid. de at. de hemat. e hemoterapia	Assistência à Saúde	653		
Núcleo de telessaúde	Assistência à Saúde	101		
Unidade de atenção domiciliar	Assistência à Saúde	1.018		
Polo de prev. doenças e ag. em saúde	Assistência à Saúde	3.742		
Unidade de reabilitação	Assistência à Saúde	10.577		
Ambulatório	Assistência à Saúde	220.532		
Unidade de atenção psicossocial	Assistência à Saúde	3.728		
Unidade de apoio diagnóstico	Assistência à Saúde	26.716		
Unidade de terapias especiais	Assistência à Saúde	2.118		
Centro de imunização	Assistência à Saúde	1.205		
Unidade de vigilância de zoonoses	Vigilância em Saúde	1.702		3.613 (1,0%)
Laboratório de saúde pública	Vigilância em Saúde	1.426		
Centro de ref. em saúde do trab.	Vigilância em Saúde	419		
Serviço de verificação de óbito	Vigilância em Saúde	66		
Casas de apoio a saúde	Outras Ativid.Relac. a vida	778	2.707 (0,8%)	
Laboratório de prótese dentária	Outras Ativid.Relac. a vida	1.929		
Outros e sem classificação		388	388 (0,1%)	
<b>TOTAL</b>		<b>348.768</b>	<b>348.768</b>	

Fonte: Tabela construída pelo autor com base na Portaria nº 2.022/2017, de 07 de agosto de 2017 que altera o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

<sup>5</sup> A Portaria nº 2.022/2017 refere que serviços de hospitalidade são aqueles que visam alojar temporariamente e apoiar indivíduos que necessitam permanecer fora de sua residência/moradia para acessar serviços de saúde não ofertados em sua localidade de origem, podendo dispor de atividades assistenciais simples, principalmente relacionados a cuidados básicos (BRASIL, 2017).

Com efeito, antes de adentrar-se no ponto específico do financiamento, se faz necessário conhecer, ainda que de forma geral, o objeto do estudo que será adiante realizado, qual seja, o financiamento, relacionado ao custeio da saúde pública, que se inicia no tópico a seguir.

## 2.4 O FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRO

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) definiu a saúde como “dever do Estado” e “direito do cidadão”, sendo considerado direito social que será garantido mediante políticas sociais e econômicas que busquem a redução do risco de doença e de outros agravos, com acesso universal e igualitário. Nos termos da legislação constitucional, todo cidadão possui direito ao Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com suas necessidades sociais, independentemente de sua capacidade de pagamento, de sua inserção no mercado de trabalho ou ainda de sua condição de saúde (OCKÉ-REIS, 2018).

A carta constitucional, além da ampliação do direito à saúde, criou novos direitos no âmbito da seguridade social e assistência. Exemplifica-se, respectivamente, com o direito à aposentadoria rural e o Benefício de Prestação Continuada (BPC)<sup>6</sup>. Tais direitos trouxeram a necessidade de ampliação dos recursos destinados ao financiamento dessas áreas, agora integrantes da Seguridade Social (PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016). Em conjunto com esta expansão de 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).

Oliveira (2019), ao abordar o financiamento do SUS em relação à origem dos recursos, refere que, não obstante as medidas de cunho social inseridas na Constituição, que tinham por objetivo a criação de um sistema de saúde não excludente, a implementação do sistema nacional de saúde coincidiu com a ascensão das ideias neoliberais. Neste contexto, o SUS, na década de 1990, acabou apresentando alguns retrocessos, principalmente em 1993, quando as contribuições

---

<sup>6</sup> 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).

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 avançou ainda mais sobre os recursos do SUS, com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), atualmente denominado Desvinculação das Receitas da União (DRU). Sob a égide desse novo mecanismo de apropriação dos recursos públicos, 20% do orçamento da seguridade ficou 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 (BRASIL, 2013).

Diante de um quadro de subfinanciamento instalado, o governo buscou alternativas à superação da crise e, em 1996, criou a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), cujo produto de arrecadação deveria ser destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) (BARROS; PIOLA, 2016). 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).

Passados 12 anos da Carta Constitucional de 1988, ocorreu a promulgação da Emenda Constitucional nº. 29/2000 (EC 29), que definiu a forma de financiamento do SUS, vinculando receitas da União, Estados e Municípios ao 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 Produto Interno Bruto - 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).

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). No entanto, a partir de 2016, uma nova metodologia de cálculo para a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) passou 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, que institui 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).

#### **2.4.1 Os Fundos de Saúde no Brasil**

A análise dos fundos de saúde existentes para o financiamento da saúde pública é necessária em virtude de neles estarem concentradas praticamente a totalidade dos recursos destinados às ações e aos serviços públicos de saúde, além de ser por meio deles que se realizam as transferências intergovernamentais de recursos tão relevantes para a prestação da política pública de saúde no país, a qual, conforme visto, é de responsabilidade de todas as esferas.

Santos (2016, p. 135) define o fundo de saúde “como instrumento de gestão orçamentária e financeira, sem personalidade jurídica, constituído por um conjunto de recursos públicos, reunidos em conta especial, destinados às ações e serviços públicos de saúde.” Segundo consta no Manual para o Gestor Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2009, p. 63), os fundos de saúde atendem à otimização e utilização dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde, mediante:

- O cumprimento do preceito constitucional no que tange à aplicação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por intermédio de fundos de saúde.
- A implementação do planejamento orçamentário e financeiro na aplicação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde.
- O aperfeiçoamento da gestão orçamentária, financeira e contábil realizada pelos gestores estaduais e municipais.
- A produção, disponibilização e utilização de informações gerenciais sobre a gestão dos recursos do SUS.
- A melhoria dos indicadores de saúde populacional, do sistema e da rede de serviços, com a indução de equilíbrio inter-regional
- A avaliação da efetividade da aplicação dos recursos.

Entende-se importante, nesse momento, ter-se uma breve compreensão histórica da legislação dos fundos de saúde até o modelo atual de fundos de saúde vigente a partir da ordem constitucional de 1988.

Santos (2016a, p. 116-117) assevera que as Constituições de 1824 e 1891 não trataram de forma detalhada a questão dos orçamentos públicos. Em relação aos fundos de saúde, o autor refere que “não se tem notícia da separação de recursos públicos do orçamento geral que fosse realizada por meio de algum fundo público, ainda que sob outra denominação.”

A criação dos fundos, assim como a sua primeira utilização no Brasil, em conformidade com Santos (2016a), deu-se através da Lei nº 581, de 20 de julho de 1899, que criou dois fundos. O primeiro, denominado de fundo especial aplicável ao resgate, composto da renda proveniente do arrendamento das estradas de ferro de propriedade da União; produto da cobrança da dívida ativa da União; rendas eventuais percebidas pelo tesouro; e os saldos apurados no Orçamento. O segundo, denominado de fundo para garantia do papel-moeda em circulação, era composto das receitas vinculadas a quota de 5% do ouro, sobre todos os direitos de importação para consumo; saldo das taxas arrecadadas em ouro; produto integral de arrendamento das estradas de ferro da União que tivesse sido ou fosse estipulado em ouro; quaisquer rendas eventuais percebidas em ouro.

Diversos outros fundos foram criados, até a Constituição de 1934, dentre os quais pode-se citar o Decreto nº 4.382, de 8 de abril de 1902, que criou o fundo de amortização dos empréstimos internos; o Decreto nº 20.923, de 8 de janeiro de 1932, estabeleceu o Fundo Naval, cuja principal finalidade era a renovação do material flutuante da Marinha de Guerra; e o Decreto nº 21.335/1932, pelo qual foi criado o Fundo Especial de Educação e Saúde, instituído pelo Decreto nº 21.335, de 29 de abril de 1932, e que, por ter ligação direta ao presente projeto de pesquisa, dar-se-á maior atenção.

O Decreto nº 21.335/1932 constituiu-se no primeiro fundo com finalidade social da história republicana criado na esfera federal (NUNES, 2014), englobando duas áreas sociais, quais sejam, educação e saúde, eis que pertencentes a um mesmo Ministério (Ministério da Educação e Saúde Pública), ao contrário do que ocorre atualmente, em que há um fundo específico para cada uma dessas atividades. Tal fundo foi constituído pela receita da arrecadação de um novo tributo, denominado de taxa de educação e saúde, de caráter permanente e cobrado sobre todos e quaisquer

documentos sujeitos a selo federal, estadual ou municipal, não incidindo, porém, sobre correspondência postal (SANTOS, 2016a).

O primeiro fundo destinado à área de saúde, portanto, já nasceu com receita específica a ele vinculada, visto prever que, do total arrecadado, dois terços (2/3) se destinavam ao aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços de saneamento e profilaxia rural no país, no entanto, sua regulamentação, através do Decreto nº 21.452, de 30 de maio de 1932, pouco referiu sobre quais as despesas que poderiam ser por ele custeadas, referindo que essas deveriam ser dar principalmente nos Estados com pagamentos via Banco do Brasil e prestação de contas em no máximo três (3) meses.

Em 15 de setembro de 1933, o Decreto nº 23.150, proibiu a criação de novos fundos especiais, os quais retornaram ao arcabouço jurídico com a promulgação da Constituição de 1934. No plano constitucional, a vinculação de receitas a fins determinados e a criação de fundos para realizar a gestão de tais vinculações foi tratada, pela primeira vez, na Constituição de 1934 (SANCHES, 2002).

O artigo 141<sup>7</sup> daquele texto constitucional destinou parte do produto da arrecadação a cargo dos três entes federativos a uma finalidade específica, qual seja, o amparo à maternidade e à infância. Observe-se que não há, em princípio, discriminação de quais tributos estariam abrangidos; o que leva a que se considere que a vinculação atingiria o total da arrecadação tributária (SANTOS, 2015).

A Constituição de 1934 valeu por cerca de três anos, sendo ab-rogada pela Constituição de 1937, que pôs fim ao curto período de institucionalidade democrática então vivenciada. Esta nova carta constitucional trouxe disposições mais detalhadas acerca da elaboração da lei orçamentária, porém nada previu no que diz respeito à vinculação de receitas e criação de fundos em qualquer parte do seu texto. Santos (2015, p. 124) afirma que, “em se tratando de uma Carta de clara inspiração ditatorial, não interessaria ao Poder Executivo ter diminuída a sua discricionariedade orçamentária em razão de obstáculos como vinculações previstas na própria Carta Magna”.

Durante o período de 1934 a 1966, a criação de novos fundos perdeu dinamismo, visto que os textos constitucionais pouco dispunham acerca da vinculação de recursos para áreas específicas e também por razões que envolveriam desde a

---

<sup>7</sup> Artigo 141 da Constituição de 1934: “É obrigatório, em todo o território nacional, o amparo à maternidade e à infância, para o que a União, os Estados e os Municípios destinarão um por cento das respectivas rendas tributárias.”

cultura administrativa da época<sup>8</sup> até a ausência de um aparato legal ou regulatório, situação essa que só foi corrigida quando da edição da Lei nº 4.320/1964 (SANCHES, 2002).

Dentre os fundos criados durante no período de 1937 a 1963, Santos (2015, p. 124) destaca o Fundo de Assistência Hospitalar, criado pelo Decreto-lei nº 9.846, de 12 de setembro de 1946, visto que ele se destinava a auxiliar no custeio, na manutenção e no desenvolvimento do serviço hospitalar no Brasil. Tal fundo tinha como fonte de recursos o adicional instituído sobre o imposto de consumo de bebidas, consoante se vê, *in verbis*:

Art. 2º Fica elevado a dez por cento (10 %) o adicional de que trata o Decreto-lei nº 6.785, de 11 de Agosto de 1944, incidente sobre as taxas do Imposto de Consumo de bebidas (alínea XIX, Tabela C, do Decreto-lei nº 7.404, de 22 de Março de 1945).

Parágrafo único. Metade da arrecadação do adicional a que se refere este artigo continuará a constituir o Fundo Nacional do Ensino Primário, de que trata o Decreto-lei nº 4.958, de 14 de novembro de 1942, e a outra metade será destinada a atender a despesa com o Fundo de Assistência Hospitalar, criado pelo artigo 1º deste Decreto-lei.

Quanto aos valores arrecadados, faz-se pertinente destacar que, de acordo com o parágrafo único transcrito anteriormente, eles deveriam, mais uma vez, ser divididos com a área de educação, reforçando o entrelaçamento entre as duas searas existentes na primeira metade do século XX, já referido acima. Uma relevante disposição do Decreto-lei foi a trazida pelo seu art. 3º, que estatui que “os recursos e a aplicação do Fundo de Assistência Hospitalar deverão figurar no Orçamento da Receita e da Despesa da União. Trata-se de determinação expressa de observância ao princípio orçamentário da unidade, o qual já detinha condição constitucional desde 1946.

Como anteriormente esboçado, à época da edição desse diploma legal, a saúde pública era prestada, dentre outros meios, através das Santas Casas e/ou hospitais beneficentes espalhados por todo o país. Por isso, ao dispor sobre a forma de cálculo do dinheiro a ser repassado a essas instituições, previu o Decreto-lei nº 9.846/1946:

Art. 4º. A dotação consignada no Orçamento para o Fundo de Assistência Hospitalar será rateada entre todas as Santas Casas do país, de acordo com a quantidade de leitos gratuitos que cada uma tiver em suas enfermarias.

---

<sup>8</sup> Criação do Departamento Administrativo do Serviço Público - DASP, em 1938, e pelo funcionamento da Fundação Getúlio Vargas - FGV, a partir de 1945.

De acordo com Santos (2015, p. 125), trata-se “de uma fórmula simples e, à primeira vista, equânime, de distribuição entre as entidades responsáveis pelo atendimento à população à época.”

Em 1964, a Lei nº 4.320, ainda em vigor, estatuiu “Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal”. Tal lei trouxe importantes disposições para os orçamentos públicos em geral, visto que determinou, entre outras coisas, a inclusão dos quadros demonstrativos da receita e dos planos de aplicação dos fundos à Lei do Orçamento Anual (LOA).

A Constituição de 1967, outorgada na ditadura imposta pelo regime militar, referiu-se, de acordo com Santos (2015), pela primeira vez, aos fundos de participação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, como destinatários dos recursos a serem distribuídos a tais entes. Também se utilizou a expressão fundo especial no art. 26, III. Este fundo teria “destinação regulada em lei tendo em vista a aplicação do sistema tributário estabelecido nesta Constituição.”

Ainda em 1967, houve a edição do Decreto-lei número 204, de 02 de fevereiro de 1967, o qual criou o Fundo Especial da Loteria Federal, que considerou a exploração de loterias como serviço público exclusivo da União não suscetível de concessão, destinando as receitas obtidas para aplicações em áreas de caráter social e de assistência médica. Em 24 de julho de 1969, através do Decreto-lei nº 701, foi autorizada a criação de um fundo especial com recursos financeiros destinados a apoiar, em caráter supletivo, os programas de trabalho relacionados com a saúde individual e coletiva, a ser coordenado pelo Ministério da Saúde e denominado Fundo Nacional de Saúde (FNS).

O artigo 2º do diploma legal em avença asseverou que os recursos financeiros que iriam compor o FNS, o qual se transcreve a seguir:

Art 2º Constituirão recursos do Fundo Nacional de Saúde:

- I - os consignados a seu favor na Lei de Orçamento Anual da União e em crédito adicionais;
- II - os transferidos por entidades da Administração Indireta que tenham for finalidade e execução de atividades relacionadas com a saúde, conforme for estabelecido em convênios;
- III - os resultantes de contrapartidas dos Estados, Distrito Federal e Municípios, para a execução de programas de saúde e saneamento, estabelecidas em convênio, na forma do § 1º do artigo 26 da Constituição;
- IV - os provenientes de doações de organismos e entidades nacionais, internacionais e estrangeiras, a seu favor;
- V - os obtidos através de operações de crédito realizadas em seu nome;

- VI - os recebidos a título de juros por depósito bancários;
- VII - os provenientes da participação no Fundo Especial da Loteria Federal, relativa aos percentuais destinados ao Fundo Especial de Financiamento de Assistência Médica (FEFAM) e ao Fundo Especial dos Serviços Públicos e Investimentos Municipais (FESPIM) previstos no art. 28 do Decreto-lei nº 204, de 27 de fevereiro de 1967, modificado pela Lei nº 5.525, de 5 de Novembro de 1968, que por este Decreto, conforme a autorização contida no Decreto-lei nº 701 de 24 de julho de 1969, ficam extintos;
- VIII - os provenientes dos saldos existentes em favor dos fundos extintos por este Decreto, inclusive saldos credores de operações de crédito ou outras realizadas em nome do FEFAM e do FESPIM;
- IX - os resultantes das contribuições dos usuários do sistema nacional de saúde, não incluídos no regime da Previdência Social;
- X - o produto das rendas resultantes de Operações da natureza industrial ou comercial; de convênios, acordo ou ajustes celebrados por entidades pública ou particulares, nacionais, estrangeiras ou internacionais; e de serviços de toda natureza compatíveis com as atividades relacionadas com a saúde individual e coletiva;
- XI - de outras rendas que por sua natureza possam destinar-se ao Fundo Nacional de Saúde.

Em 17 de outubro de 1969, a Emenda Constitucional nº 1 manteve quase que integralmente as disposições sobre a repartição das receitas tributárias, inclusive quanto aos percentuais a serem repassados que passaram a constar do seu art. 25. Outro ponto importante foi a manutenção dos fundos de participação como destinatários desses recursos (art. 25, I e II). Foi preservado ainda o Fundo Especial previsto na CF anterior, cuja aplicação continuou a ser deixada para a legislação infraconstitucional (SANTOS, 2016). De maneira geral, essas foram as disposições constitucionais vigentes a respeito do tema, sendo apenas revogadas após a redemocratização do país e a promulgação da nova Carta Constitucional em 1988 (SANTOS, 2016).

Atualmente, segundo consta na página oficial do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde<sup>9</sup>, tem-se que o FNS é um fundo especial organizado de acordo com as diretrizes e objetivos do SUS, cujos recursos estão previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA), de acordo com o Plano Plurianual dos Projetos e Ações Governamentais e provenientes de fontes nacionais – de receitas do Tesouro Nacional e de arrecadação direta do FNS – e internacionais – de acordos firmados pelo governo brasileiro com instituições financeiras internacionais como o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para financiamento de projetos na área de saúde.

---

<sup>9</sup> CONASS - <https://www.conass.org.br>

Em conformidade com o Decreto n. 3.964 (BRASIL, 2001), constituem receitas do FNS:

- I - os consignados, a seu favor, no Orçamento da Seguridade Social, de acordo com o disposto no art. 34 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para o atendimento das despesas e transferências referidas no art. 2º da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
- II - os consignados, a seu favor, no Orçamento Fiscal da União;
- III - os decorrentes de créditos adicionais;
- IV - os provenientes de dotações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica, de financiamento e de empréstimo;
- V - os provenientes do seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, de que trata o parágrafo único do art. 27 da Lei n. 8.212, de 24 de julho de 1991;
- VI - os resultantes de aplicação financeira na forma da legislação vigente;
- VII - os decorrentes de ressarcimento de recursos realizados por pessoas físicas e jurídicas originários da prestação de contas, do acompanhamento ou das ações de auditorias previstas no § 4º do art. 33 da Lei n. 8.080, de 1990;
- VIII - as receitas provenientes de parcelamentos de débitos apurados em prestação de contas de convênios, ou derivadas do acompanhamento, de auditorias e de financiamentos relacionados com as ações e os serviços de saúde;
- IX - os créditos provenientes dos agentes ou das entidades integrantes do SUS, bem como aqueles resultantes de transações financeiras e comerciais;
- X - as receitas provenientes do ressarcimento previsto no art. 32 da Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998;
- XI - os obtidos por intermédio de operações de crédito;
- XII - as receitas provenientes da execução de seus créditos;
- XIII - os saldos positivos apurados em balanço transferidos para o exercício seguinte;
- XIV - as rendas e receitas eventuais que lhe venham a ser destinadas; e
- XV - os de outras fontes, de acordo com o art. 32 da Lei n. 8.080, de 1990.

O Fundo Nacional de Saúde (2019), através de sua página oficial, infere que a gestão dos recursos é exercida pelo seu diretor-executivo, sob a orientação e supervisão do secretário-executivo do Ministério da Saúde, observados o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual do Ministério da Saúde, nos termos das normas definidoras dos orçamentos anuais, das diretrizes orçamentárias e dos planos plurianuais. No que tange à execução dos recursos financeiros, o mesmo se dá em nível central, por meio da Unidade Gestora da Diretoria-Executiva do FNS e, ainda, das unidades gestoras criadas junto às áreas técnicas do Ministério da Saúde. Nas unidades federadas, a execução dos recursos financeiros ocorre por meio das unidades gestoras descentralizadas junto às representações estaduais e unidades assistenciais do SUS, sob a gestão do Ministério da Saúde (MS). Todos os recursos transitam em conta única do Fundo Nacional de Saúde em consonância com o

preceito constitucional de aplicação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por meio de fundo de saúde.

Os recursos financeiros do MS, administrados pelo FNS, destinam-se a prover, segundo Decreto nº. 3.964 (BRASIL, 2001):

- I - despesas correntes e de capital do MS, seus órgãos e suas entidades, da administração direta e indireta, integrantes do SUS.
- II - transferências para a cobertura de ações e serviços de saúde, destinadas a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial e hospitalar e às demais ações de saúde do SUS a serem executados de forma descentralizada pelos estados, Distrito Federal e municípios.
- III - financiamentos destinados à melhoria da capacidade instalada de unidades e serviços de saúde do SUS;
- IV - investimentos previstos no Plano Plurianual do Ministério da Saúde e na Lei Orçamentária Anual;
- V - outras despesas autorizadas pela Lei Orçamentária Anual.

Como a instituição de fundos de qualquer natureza depende de prévia autorização legislativa (item IX, artigo 167 da Constituição Federal), o Fundo Nacional de Saúde, criado pelo Decreto-Lei nº. 701, de 24/7/1969, e regulamentado pelo Decreto n. 64.867/1969, já existia e tinha vida própria. Bastou a edição de decreto, um ou outro ajuste de organização e funcionamento, para adaptá-lo à estrutura do Sistema Único de Saúde e de normas constitucionais relativas ao orçamento (assim como em relação aos fundos estaduais e municipais de saúde criados por lei anteriormente a 1988). O Decreto nº. 3.964, de 10/10/2001, regulamenta o FNS.

Santos (2015, p.154) afirma que os fundos de saúde expressam, na área de saúde, o “federalismo fiscal cooperativo”, pois é através deles que os recursos devem ser assegurados para a prestação do serviço público de saúde por todos os entes da federação, não sendo possível uma análise na área financeira sem o exame dos fundos de saúde.

#### **2.4.2 O Fundo Municipal de Saúde no Município de Santa Maria (RS) – Origem das Receitas**

Segundo dados constantes no site oficial da Secretaria de Município de Saúde, da Prefeitura Municipal de Santa Maria<sup>10</sup>, o Fundo Municipal de Saúde do Município foi criado pela Lei Municipal nº 3.744, de 03 de janeiro de 1994. Sua criação se deu

<sup>10</sup> <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude>.

em virtude da exigência legal de fundos especiais com a finalidade de gerir os recursos financeiros destinados a ações e serviços de saúde nas três esferas de governo determinadas pelas leis brasileiras desde 1990.

A Emenda Constitucional nº. 29/2000, regulamentada pela Lei Complementar 141/2012, define a aplicação de recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por meio de fundo de saúde, o que implicou na institucionalização e organização do Fundo Municipal de Saúde para administrar esses recursos, dando cumprimento, inclusive, ao imperativo constitucional. 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).

Oliveira (2019) explicita que a receita 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 Imóveis (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).

A EC 29/2000 estabeleceu também, no artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), regras de transição, contendo os referidos percentuais mínimos a serem aplicados pelos entes da federação na saúde, enquanto a lei complementar mencionada não fosse editada, determinou ainda que a aplicação dos recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados à área de saúde seria realizada por meio de fundos de saúde<sup>11</sup>. Estes, que já se achavam previstos na legislação infraconstitucional do SUS, tiveram a obrigatoriedade de seu uso constitucionalizada. Esta situação perdurou até 13 janeiro de 2012, momento em

---

<sup>11</sup> O Fundo Municipal de Saúde do Município de Santa Maria - RS, foi criado e instituído pela Lei Municipal nº 3.744, de 03 de janeiro de 1994 é o gestor financeiro dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera do Municipal.

que foi sancionada a Lei Complementar nº 141, que regulamentou o § 3º do artigo 198 da CF/88, o qual disciplinou diversos aspectos do financiamento do setor de saúde, inclusive alguns sobre os quais havia controvérsias que acabavam por dificultar o controle e a fiscalização na utilização dos recursos (SANTOS, 2016).

Os repasses do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais devem ter seu exame realizado de forma cautelosa, visto que as referidas transferências estão divididas de acordo com os critérios estabelecidos pela Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, do Ministério da Saúde. Esta norma “regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle”.

Destacam-se as seguintes disposições da referida portaria:

Art. 4º. Estabelece os seguintes blocos de financiamento:

I - Atenção Básica;

II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

III - Vigilância em Saúde;

IV - Assistência Farmacêutica; e

V - Gestão do SUS.

Art. 5º Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos.

Art. 6º Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

Após o estabelecimento dos blocos de financiamento, a norma os divide em componentes, os quais, por sua vez, subdividem-se em estratégias. De acordo com a referida portaria, os recursos disponibilizados ao Município de Santa Maria - RS, por exemplo, referentes à atenção básica, devem constar de conta corrente específica aberta para esse fim e só podem ser gastos em ações do referido bloco de financiamento.

Para os recursos oriundos de transferência voluntária, ou seja, recebidos de outra esfera por meio de convênio, Santos (2015, p. 161-162) alega existir, sempre, uma vinculação mais específica dentro do fundo de saúde. Devem os valores necessariamente ser empregados na finalidade pactuada, consoante o art. 25, § 2º, da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Por exemplo, se um Município firma um convênio com a União para a construção de um hospital público, os recursos devem

obrigatoriamente ser utilizados na referida construção, e não na gestão do SUS municipal.

No Plano Municipal de Saúde em vigência (2018-2021), disponível na página oficial da Secretaria de Saúde do Município de Santa Maria, constam dados de transferências estaduais e federais de anos anteriores (2014-2016), além é claro do montante utilizado em saúde pelo município com verbas próprias, em conformidade com a Tabela 3.

Tabela 3 - Origem dos recursos utilizados na saúde do município de Santa Maria

Fonte de Receita	2014		2015		2016	
	Valor em (R\$)	%	Valor em (R\$)	%	Valor em (R\$)	%
Municipal	52.134.494,26	62	64.490.037,74	70	66.669.364,28	66
Estadual	10.419.048,86	12	7.007.346,51	8	12.095.865,41	12
Federal	21.809.579,66	26	20.406.030,74	22	22.030.058,52	22
<b>TOTAL</b>	<b>84.363.122,78</b>	<b>100</b>	<b>91.903.414,99</b>	<b>100</b>	<b>100.795.288,21</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados municipais disponíveis na página oficial do município.

A Tabela 4 demonstra o quantitativo de recursos financeiros transferidos ao Município de Santa Maria – RS, pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), no período compreendido entre 2015 e 2021:

Tabela 4 – Volume de recursos federais transferidos à Santa Maria – RS, via fundos de saúde, valores em Reais (R\$)

BLOCOS DE FINANCIAMENTO		Totais de 2015 em R\$	Totais de 2016 em R\$	Totais de 2017 em R\$	Totais de 2018 em R\$	Totais de 2019 em R\$	Totais de 2020 em R\$	Acumulado de 01/01/2021 a 09/07/2021 em R\$
CUSTEIO	Atenção Básica	9.022.272,00	9.185.694,00	9.345.290,32	10.990.583,22	12.838.072,97	13.791.524,87	8.129.338,18
	Média e Alta Complexidade., Ambulatorial e Hospitalar	6.297.000,66	6.824.878,74	9.314.347,24	10.050.025,00	8.088.381,19	7.071.543,84	4.125.067,24
	Assistência Farmacêutica	1.257.430,13	1.486.053,79	1.430.289,40	1.547.384,15	1.557.145,96	1.664.525,76	970.973,36
	Vigilância em Saúde	1.164.917,40	1.472.557,67	1.277.264,77	1.362.030,14	1.505.364,59	1.434.738,46	881.881,28
	Gestão do SUS	27.000,00	30.000,00	30.000,00	44.000,00	30.000,00	111.000,00	0,00
	Coronavírus (COVID-19)						6.097.710,44	60.000,00
INVESTIMENT	Investimento	150.000,00	619.950,00	767.000,00	1.050.000,00	517.420,00	541.602,00	0,00
<b>TOTAIS</b>		<b>17.918.620,19</b>	<b>19.619.134,20</b>	<b>22.164.191,73</b>	<b>25.044.022,51</b>	<b>24.536.384,71</b>	<b>30.712.645,37</b>	<b>14.167.260,06</b>

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados municipais disponíveis na página oficial do município.

Pela simples visualização dos dados da Tabela 3, percebe-se que, a partir do ano de 2019, houve uma redução nos repasses da União no que toca aos blocos de financiamento analisados. Vê-se que o incremento no ano de 2020 deu-se em virtude da pandemia causada pelo Covid-19, o qual injetou mais de seis milhões para o seu

combate. Se assim não fosse, o município de Santa Maria – RS teria recebido, em 2020, praticamente os mesmos valores de 2019, os quais são inferiores aos de 2018.

### 2.4.3 Avaliação Econômica em Saúde

A avaliação econômica em saúde é definida por Silva, Silva e Pereira (2016, p. 1) como sendo:

Uma análise comparativa de estratégias em termos de custos e desfechos em saúde. A definição evidencia duas características principais destes estudos. A primeira é a ênfase em comparações, pois, para que haja escolha, devem-se confrontar pelo menos duas intervenções que tenham a mesma finalidade, a segunda diz respeito à relação entre custos e desfechos em saúde, sendo que para cada relação investigada se devem sistematizar informações relevantes ao longo de determinado período de tempo, referido como horizonte temporal.

Ao referir sobre a importância da avaliação econômica para os gestores e profissionais de saúde, Silva, Silva e Pereira (2016, p. 3) asseveram que:

Cada vez mais, os conceitos de avaliação econômica fazem parte da rotina dos sistemas e serviços de saúde. As restrições orçamentárias e de recursos humanos impõem decisões complexas. Dessa forma, a sistematização de evidências sobre custos e resultados em saúde torna-se questão-chave para possibilitar melhores decisões quanto aos investimentos a serem feitos.

Nesse sentido, segundo Oliveira (2019, p. 67), “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.” A definição acerca da disponibilização de determinada tecnologia no sistema de saúde envolve, no entendimento de Santos (2015, p. 3), “gestores, profissionais de saúde, fornecedores e usuários, os quais não estão isentos de potenciais conflitos de interesse”.

A teoria do bem-estar é a sustentação metodológica da avaliação econômica (*welfare economics*), em que se busca maximizar a satisfação da população a partir dos recursos disponíveis. A eficiência alocativa provém desta teoria, que tem como justificativa dispor das oportunidades para garantir que alguns indivíduos possam melhorar sem que outros piorem (SILVA; SILVA; PEREIRA, 2016).

Considerando a conjuntura de subfinanciamento da saúde brasileira, aliado ao fato da limitação das despesas públicas pelo período de 20 anos e, ainda, pela inserção no sistema de saúde público de usuários que até então se utilizavam tão somente de planos ou seguros de saúde privados, as questões relativas aos custos na área de saúde tornam-se relevantes (OLIVEIRA, 2019). A avaliação econômica engloba, para Silva, Silva e Pereira (2016, p. 2), quatro tipos de estudo, quais sejam: “i) custo-efetividade; ii) custo-utilidade; iii) custo-benefício; e iv) custo-minimização. De modo geral, o que os diferencia é a forma de mensurar os desfechos em saúde”. O Quadro 1 sintetiza as características de cada tipo.

Quadro 1 – Síntese dos tipos de avaliação econômica em saúde

<b>Tipos</b>	<b>Custos</b>	<b>Desfechos em Saúde</b>	<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
Custo - minimização	Monetários	Espera-se desempenho igual das intervenções comparadas	Praticidade, pois necessita apenas mensurar custos	Aplicabilidade limitada, visto serem raras as intervenções com desfecho em saúde idênticos
Custo Benefício	Monetários	Monetários	Facilita comparação de vários estudos, pois todos são mensurados na mesma unidade de valor	Difícil Valorar monetariamente os desfechos em saúde
Custo Efetividade	Monetários	Anos de vida ganhos; dias de incapacidade evitados	Utiliza desfechos concretos da prática clínica	Comparação dos estudos restrita a desfechos unidimensionais e comuns aos estudos
Custo Utilidade	Monetários	Utilidade	Considera efeitos da mortalidade e na morbidade	Eventuais problemas de validação dos instrumentos para mensuração de utilidade

Fonte: Silva, Silva e Pereira (2016, p. 2).

A opção por um determinado desfecho depende de fatores como a perspectiva do estudo, a modalidade de estratégia e a disponibilidade de evidência científica. A perspectiva do estudo refere-se à escolha da medida mais relevante para o tomador de decisão, além de delimitar a identificação, a mensuração e a valoração dos custos. Quanto à modalidade de estratégia, opta-se pela que apresente maior impacto em termos de eficácia, efetividade, qualidade de vida ou benefício monetário. Finalmente, tudo depende de haver evidências de boa qualidade sobre o desfecho selecionado (SILVA; SILVA; PEREIRA, 2016).

Vários países têm elaborado orientações de boas práticas em avaliação econômica, com vistas a dispor de recomendações que se ajustem às especificidades de cada sistema de saúde. Segundo a International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research- ISPOR, 38 países adotam guias próprios. Desde 2008, o Brasil possui as suas Diretrizes Metodológicas para Estudos de Avaliação Econômica em Saúde (BRASIL, 2014).

## 2.5 ABSENTEÍSMO EM SAÚDE

Olímpio *et al.* (2016, p. 19) definem como absenteísmo ambulatorial “o não comparecimento do paciente a um procedimento previamente agendado em unidade de saúde, sem nenhuma notificação”. Os atendimentos não realizados são interpretados como oportunidade desperdiçada de ofertar atendimento a outro paciente necessitado, assim como perda de recursos administrativos, financeiros e sociais que foram dispendidos para a realização do serviço.

No mesmo entendimento, Beltrame *et al.* (2019, p. 1016) referem que o absenteísmo de usuários “é o ato de não comparecer às consultas e/ou aos procedimentos agendados sem qualquer comunicação prévia ao local de realização”. Refere ainda o autor que tal fato é problema mundial na assistência à saúde, tanto pública como privada.

O não comparecimento às consultas agendadas em ambulatórios para adultos é um problema frequente e relevante na prática médica ambulatorial, visto que representa um problema de saúde pública que aumenta os custos de saúde, atrapalha o fluxo de trabalho, diminui a eficiência e deteriora o relacionamento entre pacientes, pessoal de saúde e o sistema em geral. Além disso, a falta de atendimento pode ter um potencial efeito negativo no paciente ausente e nos outros pacientes, porque prolonga os atrasos e diminui a disponibilidade de consultas (BRIATORI; TARSETTI; LATORRE, 2020).

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.

Para Dantas, Fleck e Cyrino Oliveira (2016), o absenteísmo de pacientes afeta significativamente o funcionamento das instituições de saúde, e várias pesquisas foram realizadas para descobrir e analisar os fatores que influenciam o comportamento de não comparecimento. Em uma revisão sistemática da literatura (SLR) do absenteísmo de pacientes em consultas, os resultados com base em um total de 727 artigos recuperados do banco de dados da Scopus (que inclui o MEDLINE), 105 foram selecionados para identificação e análise. Os resultados indicaram que a taxa média de não comparecimento é da ordem de 23%, sendo mais alta no continente africano (43,0%) e mais baixa na Oceania (13,2%).

Para Nancarrow, Bradbury e Ávila (2014), o não comparecimento às consultas médicas está associado ao aumento da morbidade do paciente, causando ainda significativas perdas dos recursos dos serviços de saúde. Os estudos australianos concentraram-se em ambientes de saúde secundários, triagem e intervenções para reduzir o não comparecimento.

Ainda nesta perspectiva, segundo Lenzi, Bem e Stein (2019), o não comparecimento do paciente é um problema predominante nos serviços de saúde, levando à alocação ineficiente de recursos e acesso limitado aos cuidados. Neste sentido, o autor apresenta um modelo preditivo desenvolvido com o uso de regressão logística, a partir dos dados já disponíveis em sistema de agendamento, que apresentou bom desempenho para prever o não comparecimento do paciente, podendo ser útil para tomar decisões no sistema de agendamento.

Ao tratar do assunto, em recente publicação, Beltrame *et al.* (2019) apontam o absenteísmo de usuários como fator de desperdício e um desafio para a sustentabilidade em sistema universal de saúde. Em seu texto, os autores referem que o absenteísmo de usuários em consultas e exames é considerado um problema mundial na assistência à saúde, gerando desperdício de recursos tanto no setor público como no setor privado. Ao estimar o desperdício de recursos monetários vinculado ao absenteísmo em procedimentos especializados no Sistema Único de Saúde (SUS), na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo (RSM-ES), entre os anos de 2014 e 2016, a taxa média de absenteísmo para consultas foi de 38,6%, gerando uma perda estimada de R\$ 3.558.837,88; e para exames especializados, foi de 32,1%, em um total estimado de R\$ 15.007.624,15. Os valores totais

desperdiçados são significativos e evidenciam o desafio constante na agenda dos gestores na busca pela sustentabilidade em sistemas universais de saúde.

Oliveira, Filho e Vieira (2020) apontam que o absenteísmo ambulatorial de pacientes no Ambulatório de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário de Santa Maria (AAPS/HUSM), no período 2015-2017, trouxe um prejuízo econômico médio anual de R\$ 396.000,00. 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, evidenciaram-se principalmente aqueles relacionados aos usuários, com destaque ao esquecimento, à 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.

O tempo de espera para realização de consultas e exames especializados é fator causador do absenteísmo, conforme estudo efetuado por Beltrame *et al.* (2019) em municípios que compõem a Região de Saúde Metropolitana do Estado do Espírito Santo (RSM-ES), Brasil. O estudo demonstrou que existe uma correlação positiva entre o tempo de espera e o absenteísmo e o porte municipal. De modo geral, o tempo de espera, que envolve o processo regulatório de agendamento das consultas e exames especializados, é fator importante que demonstrou influenciar o absenteísmo. Além disso, o tempo de espera entre a solicitação e o agendamento e a maior disponibilidade tecnológica em saúde nos municípios de grande porte parecem fazer com que o absenteísmo seja maior nesses municípios. No estudo, os autores consideraram 1.002.719 encaminhamentos dos usuários residentes na RSM-ES para consultas/exames especializados fora do município no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, que correspondem a todos os agendamentos. O tempo médio de espera pela consulta foi de 419 dias (desvio padrão = 29,3, mediana = 17,0) em 2014, de 687 dias (desvio padrão = 70,5, mediana = 16,0) em 2015, de 1.077 dias (desvio padrão = 140,3, mediana = 20,0) em 2016, aumento progressivo da espera com o passar dos anos. As análises de correlação do estudo apontaram que o tempo de espera e o porte municipal são fatores correlacionados às taxas de absenteísmo em consultas e exames especializados ( $p$ -valor < 5%).

Outro fato apontado como possível causa do absenteísmo de pacientes foi apresentado por Oppel e Mohr (2021) quando investigaram até que ponto as relações de civilidade entre os profissionais, no ambiente de trabalho, e desses, no atendimento e interação com os pacientes, poderiam afetar no retorno do paciente e influenciar nos índices de absenteísmo. O resultado do estudo revelou um efeito direto entre o clima de civilidade com o retorno do paciente e o prosseguimento do tratamento.

Gonçalves (2013) analisou os motivos das faltas às consultas odontológicas em Unidades de Saúde da Família (USF) para tentar implementar estratégias para sua redução por meio da pesquisa-ação. O estudo foi realizado em 12 USF de Piracicaba/SP, de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2010. A amostra consistiu-se de 385 usuários, entrevistados por telefone, sobre os motivos das faltas, além de 12 cirurgiões-dentistas e 12 enfermeiras. Como resultado, a pesquisa obteve como principal motivo para a ausência, na percepção dos 385 dos usuários entrevistados, o horário de trabalho, já que o horário de atendimento da unidade de saúde coincide com o horário de trabalho dos pacientes. A Tabela 5 apresenta os resultados obtidos.

Tabela 5 – Motivos de faltas às consultas odontológicas, segundo os usuários. Piracicaba, 2012.

<b>Motivos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Consulta marcada em horário de trabalho	108	28,05
Mudança de bairro ou cidade	60	15,58
Falta de tratamento completo na rede	60	15,58
Usuário dependente de acompanhante	43	11,17
Doença no dia da consulta	25	6,49
Outro compromisso no dia da consulta	16	4,16
Medo do atendimento odontológico	15	3,9
Usuário é cuidador (de crianças, idosos)	15	3,9
Falta de interesse pelo tratamento	13	3,38
Impossibilidade de tratar devido à gestação	13	3,38
Insatisfação com CD e/ou ESF	11	2,86
Consulta agendada em horário escolar	5	1,3
Paciente faleceu	1	0,25

Fonte: Adaptado de Gonçalves (2013, p. 29).

Ao analisar o não comparecimento às primeiras consultas de pacientes pediátricos nos serviços de atenção secundária em saúde bucal na cidade de Curitiba, Gomes *et al.* (2019) realizaram um estudo transversal com dados secundários obtidos de cadastros eletrônicos da Secretaria Municipal de Saúde daquele município, onde

participaram crianças de 0 a 12 anos de idade encaminhadas para atenção secundária nos anos de 2010 a 2013. Os dados foram analisados pelos testes de qui-quadrado de Pearson e qui-quadrado de tendência linear ( $\alpha = 0,05$ ). Foram estimados modelos de regressão logística binária. A prevalência de não comparecimento às primeiras consultas foi de 28,3%. As variáveis que estiveram associadas ao não comparecimento na análise inferencial ( $p < 0,05$ ) e no modelo final foram a renda per capita familiar (95% CI: 1,93-2,82) e o tempo de espera em fila virtual (95% CI: 1,000-1,002). Segundo os autores, os aspectos econômicos e o tempo de espera em fila virtual devem ser considerados no planejamento estratégico dos serviços públicos de saúde bucal, pois podem influenciar o comparecimento de pacientes na atenção secundária.

De forma semelhante Fonseca *et al.* (2018) avaliaram os fatores associados às faltas em tratamentos ortodônticos em centro de especialidades odontológicas localizados no Estado do Ceará. Os dados foram extraídos de prontuários de pacientes que concluíram o tratamento ortodôntico. Foi calculada a taxa de ausências, com o objetivo de estabelecer um coeficiente de faltas entre os municípios. A fim de descrever o padrão geográfico da ocorrência, foram construídos mapas temáticos baseados nas distribuições. Para as associações entre a variável desfecho (falta ao tratamento) e as independentes (sexo, idade, quebra de aparelho, mudança de profissional, renda e local de residência do usuário), utilizou-se a análise de regressão logística múltipla com  $p \leq 0,05$ . Neste sentido, foram examinados 237 prontuários em 20 municípios, com 8.283 consultas ortodônticas realizadas e 2.665 (32,17%) faltas. Os resultados indicaram que o maior número de faltas foi associado à mudança de profissional, pois isso apresentou diferença estatisticamente significativa para justificação da ausência.

Considerando a necessidade de combater os motivos evitáveis, em um estudo de corte retrospectivo e 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 apresentou como resultado um desperdício superior a U\$ 28 milhões em 2008, com taxa média de absenteísmo de 14,2%.

Oliveira (2019) refere que o não comparecimento dos usuários aos serviços dá origem a dois tipos de custos, a saber, custos sociais e custos financeiros, onde o primeiro pode ser identificado na perda de valores não utilizados ou utilizados de maneira inadequada, e o segundo pela perda de receita, uma vez que, em alguns casos, parte da receita origina-se de repasses pela efetiva prestação do serviço. 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.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para Demo (1995), o termo metodologia abarca o estudo dos caminhos a serem percorridos e os instrumentos utilizados para se fazer ciência, destacando a capacidade de conhecer ou intervir na realidade. Ainda nesta perspectiva, Barros e Lehfeld (2007) alegam que a metodologia está relacionada ao estudo do melhor caminho para responder a determinado problema, levando em consideração, assim, o conhecimento atual do pesquisador. O termo metodologia é uma agregação de processos e técnicas a serem utilizadas para a obtenção de um determinado tipo de conhecimento.

Neste sentido, este capítulo tem por objetivo descrever os procedimentos metodológicos que foram utilizados para responder ao problema de pesquisa. Seguindo esta temática, apresenta-se o delineamento da pesquisa, com a exposição das características do estudo. Posteriormente, são descritos os mecanismos utilizados para a coleta e análise de dados bem como as limitações do presente estudo.

#### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A qualidade dos resultados do estudo depende, conforme Beuren *et al.* (2004) 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. 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 do presente estudo é aplicada, devido ao seu interesse prático, tendo em vista que será realizada a coleta, com delineamento transversal retrospectivo, e tratamento dos dados a fim de mensurar o impacto econômico resultante da falta dos usuários nas consultas especializadas previamente agendadas pela Secretaria de Saúde de Santa Maria. Destacam Silva e Menezes (2005) que a pesquisa aplicada tem por objetivo geral o conhecimento, o qual, irá subsidiar na aplicação prática uma solução direcionada aos problemas específicos.

A pesquisa é descritiva, visto que busca descrever as características relacionadas ao absenteísmo dos pacientes no Município de Santa Maria - RS. A pesquisa descritiva trabalha com o detalhamento do fenômeno, situações, contextos e eventos, ou seja, visa detalhar como estes se manifestam buscando especificar as propriedades, os perfis de pessoas, grupos, comunidades, processos, objetos ou qualquer outra coisa que se submeta a uma análise (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013). Pode-se referir que o presente estudo de pesquisa possui caráter descritivo, visto que proporciona maior contato com o tema (MALHOTRA, 2012; HAIR *et al.*, 2009). Para Freire (2013, p. 56), a pesquisa descritiva “tem o objetivo de levantar as características conhecidas sobre elementos de análise para descrever em detalhes os componentes do fenômeno”. Ainda, segundo o autor, pode ser feita na forma de levantamento ou observação sistemática do fenômeno escolhido. Marconi e Lakatos (2011) mostram que a pesquisa descritiva trabalha com quatro objetivos: descrever, registrar, analisar e interpretar fatos ocorridos, tendo em vista a compreensão de sua forma de funcionamento.

No que se refere à abordagem, a pesquisa caracteriza-se como quantitativa. Gil (2010) afirma que as pesquisas quantitativas possibilitam uma interrogação direta aos indivíduos visando à compreensão de seu comportamento e permitem minimizar a heterogeneidade dos dados, conferindo maior confiabilidade aos resultados devido ao estabelecimento de uma estrutura pré-definida. A pesquisa quantitativa procura quantificar os dados, por meio de evidência conclusiva baseada em amostras grandes e representativas e normalmente envolve alguma forma de análise estatística (MARCONI; LAKATOS, 2011). Esta abordagem considera que tudo pode ser quantificável, traduzindo em números as opiniões e informações a serem classificadas e analisadas, por meio da utilização de técnicas estatísticas. Estes métodos são utilizados na descrição dos fenômenos e em sua explicação, pois servem para investigar as relações de causa e efeito entre fenômenos e variáveis (ZAMBERLAN *et al.*, 2014).

### 3.2 UNIDADE DA PESQUISA

O estudo se desenvolveu junto à Secretaria de Saúde do Município de Santa Maria – RS e abrangerá somente a prestação de serviços de saúde da rede de atenção secundária e especializada, excluídos os atendimentos de urgência e

emergência prestados em Unidades de Pronto Atendimento e ainda todas as situações em que os repasses financeiros sejam fixos, independentemente de produção.

Os atendimentos (consultas especializadas) efetivamente realizados pela atenção especializada de saúde geram recursos financeiros extras ao município. O absenteísmo dos pacientes interfere de forma substancial no recebimento desses recursos, tendo em vista que prejudica consultas agendadas e não realizadas não existe o repasse previsto.

Os valores extras a receber são estimados pelo setor financeiro no planejamento e realização de ações e serviços de saúde. A não realização efetiva das consultas frustra as expectativas e traz, além dos prejuízos financeiros, problemas de planejamento no atendimento à população.

### 3.3 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo desta pesquisa foram os pacientes que deixaram de comparecer às 156.348 consultas médicas especializadas previamente agendadas em cinco policlínicas pertencentes a rede da atenção secundária do município de Santa Maria, no período de 1º de janeiro de 2016 à 31 de dezembro de 2021. Fizeram parte do estudo as seguintes policlínicas: Jose Erasmo Crossetti, Kennedy, Wilson Paulo Noal, Rosário e Casa 13 de maio.

### 3.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada através da emissão de relatórios com as informações obtidas do Sistema Integrado de Gestão em Sistemas de Saúde - SIGSS, o qual contém toda a base de dados utilizada pela Secretaria de Saúde do Município de Santa Maria, e possibilitou a geração de relatórios com informações, tanto dos dados referentes à marcação de consultas, quanto dos registros de atendimentos. Também servirão como fonte de informações as planilhas de fluxo de atendimentos diários, utilizadas para controle interno da SMS (Secretaria de Município de Saúde), e os relatórios dos contatos telefônicos realizados através do setor de marcação/regulação.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados através de métodos estatísticos adequados para os tipos de variáveis a serem utilizadas neste estudo, conforme Quadro 2, apresentado no final desse item.

Foi calculada a taxa do absenteísmo mensal através da Equação 1:

$$T_{Absent} = \frac{\text{número de pacientes faltantes no mês } x \text{ do ano } y}{\text{número total de pacientes agendados no mês } x \text{ do ano } y} \quad (1)$$

Também foi calculado o número médio ( $\pm$  desvio padrão) do absenteísmo por especialidade e por unidades de saúde. As taxas e as medidas resumos serão apresentadas por meio de gráficos e tabelas.

Além disso, foi desenvolvido no presente trabalho, um estudo embasado na análise de séries temporais. Uma série temporal é, segundo Morettin (2018), qualquer conjunto de observações ordenadas no tempo. Dessa forma buscou-se através de uma sequência de pontos ordenados e equidistantes no tempo, explorar o comportamento passado e também prever o comportamento futuro acerca do absenteísmo de pacientes nas consultas médicas especializadas. Com essa previsão foi possível estimar o número de vagas que poderão ser abertas em *overbooking* de forma a reduzir a não utilização das vagas abertas em razão das ausências e, como consequência melhor aproveitar a disponibilidade de vagas ofertadas pelo sistema, reduzir o tempo entre consultas, reduzir filas, aumentar os valores financeiros repassados ao Município, além de diversos outros benefícios.

Uma série temporal pode ser estudada pela metodologia denominada de *Box-Jenkins* para o ajuste do modelo. Esse ajuste, que tem por objetivo a escolha do melhor modelo a ser utilizado é efetuado através de etapas denominadas de ciclo iterativo a partir dos seguintes procedimentos: (i) identificação, que é a determinação do modelo que melhor descreve o comportamento da série e utiliza as funções de autocorrelação e autocorrelação parcial; (ii) estimação, etapa em que é realizada a estimação dos parâmetros na etapa de identificação, (iii) ajuste, checagem e diagnóstico e; (iv) previsão (KIRCHNER; SOUZA; STUMM, 2011; NORONHA; SOUZA; ZANINI, 2016).

Os modelos de series temporais de acordo com Box e Jenkins (1970) que foram os criadores da metodologia, podem ser representados por modelos genéricos Autoregressivos Integrados e de Médias Móveis (ARIMA) que em inglês corresponde a um modelo *Auto Regressive Integreted Moving Avarege*.

Para Pedroso, Souza e Jacobi (2007) a utilização dos modelos Box e Jenkins possuem as seguintes vantagens:

- O modelo é escolhido dentro de uma grande variedade de tipos;
- A escolha é baseada no próprio comportamento das observações da série;
- O modelo é parcimonioso quanto ao número de parâmetros;
- As observações obtidas são mais precisas.

Usualmente os modelos ARIMA (p, d, q) são representados pela equação abaixo escrita, em que B representa o operador retroativo, d a ordem de integração,  $\varphi$  é termo que representa o autorregressivo de ordem p e,  $\theta$  é o parâmetro de médias móveis representado pela letra q.

$$\varphi(B) \Delta^d X_t = \theta(B) a_t \quad (2)$$

Este modelo genérico pode ser escrito apenas na sua forma autorregressiva, quando apenas os valores passados influenciam no momento atual, sendo denominado de modelo AR(p).

$$Z_t = c + \phi_1 Z_{t-1} + \dots + \phi_p Z_{t-p} + a_t \quad (3)$$

Quando a variável em análise é explicada apenas pelos erros passados de estimação, tem-se o modelo MA(q).

$$Z_t = c + \theta_1 e_{t-1} + \dots + \theta_q e_{t-q} + a_t \quad \dots \dots \dots \quad (4)$$

Mas quando são necessários utilizar os filtros autorregressivos e de médias móveis de forma conjunta, tem-se o modelo ARMA(p,q).

$$Z_t = c + \phi_1 Z_{t-1} + \dots + \phi_p Z_{t-p} + \theta_1 e_{t-1} + \dots + \theta_q e_{t-q} + a_t \quad (5)$$

Observa-se que na modelagem foi considerada uma série estacionária, por esse motivo o filtro  $d$  é igual a zero, ou seja, não há necessidade de se fazer uma integração na série. Caso a série fosse não estacionária, transformações seriam realizadas até torná-la estacionária. O método mais utilizado é o das diferenças que em geral utiliza-se  $d=1$  ou  $d=2$  diferenças.

Se a série fosse não estacionária a sua representação geral seria um ARIMA  $(p,d,q)$

$$\Delta Z_t = c + \phi_1 \Delta Z_{t-1} + \dots + \phi_p \Delta Z_{t-p} + \theta_1 e_{t-1} + \dots + \theta_q e_{t-q} + a_t \quad (6)$$

Após o ajuste de diversos modelos para representar a série em estudo, os quais são denominados de modelos concorrentes, utiliza-se os critérios penalizadores Akaike's Information Criteria (AIC) e Bayesian Information Criteria (BIC), pois penalizam os modelos em relação ao número de parâmetros. Quanto mais parâmetros o modelo tiver mais penalizado ele será. O modelo que apresentar os menores valores para tais parâmetros será o com o melhor ajuste (Morettin, 2008). Os critérios de AIC e BIC são dados pelas seguintes equações:

$$AIC = \ln \hat{\sigma}_{\varepsilon_t}^2 + \frac{2(p+q)}{n} \quad (7)$$

$$BIC = \ln \hat{\sigma}_{\varepsilon}^2 + \frac{(p+q) \ln(n)}{n} \quad (8)$$

onde:  $p$  e  $q$  são os parâmetros conhecidos,  $n$  é o tamanho da amostra,  $\ln$  o logaritmo neperiano e  $\sigma^2$  a variância estimada dos erros.

Após a execução das fases descritas acima e na situação em que o modelo ainda não seja adequado, o ciclo deverá ser repetido, retornando-se à fase de identificação.

No tocante ao custo gerado pelo absentéismo tem-se que o mesmo será calculado da seguinte forma:

$$CAbsent = \text{número de pacientes faltantes no mês } x \text{ ano } y \times \text{valor da consulta no mês } x \text{ ano } y \quad (9)$$

O Quadro 2 apresenta, de forma resumida, como foram respondidos os objetivos específicos do presente projeto.

Quadro 2 – Síntese dos objetivos e do método a ser empregado

<b>Objetivos específicos da pesquisa</b>	<b>Método empregado</b>
a) Verificar, através dos dados consolidados, as taxas do absenteísmo de pacientes no âmbito da rede de saúde da Prefeitura de Santa Maria;	Determinação da taxa de absenteísmo por meio da equação (1)
b) Caracterizar o absenteísmo da Rede de Assistência à Saúde ambulatorial no Município de Saúde de Santa Maria – RS	Estatísticas Descritivas
c) Calcular o custo econômico e o impacto produzido no repasse financeiro efetuado pelo estado do Rio Grande do Sul e pela União Federal	Determinação através da equação (2)
d) Propor, em conformidade com o estado da arte, ferramentas que visem minimizar os impactos negativos trazidos pelo absenteísmo de pacientes no atendimento especializado prestado pelo Município de Santa Maria – RS.	Revisão Bibliográfica

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para a digitação do Banco de Dados, foi utilizado o pacote *Excel* do software *Microsoft Office Professional Plus 2016*, sendo que, para a realização dos testes estatísticos, o software a ser utilizado será o *IBM SPSS Statistics 23*.

### 3.6 LIMITAÇÕES DO MÉTODO DE ESTUDO

Como limitações ao estudo, pode-se citar o fato de que nem todos os profissionais que utilizam o sistema, lançam adequadamente os faltosos conforme determinação da Gestão; outra limitação acontece na questão de infraestrutura e uso da tecnologia, pois, muitas vezes, por falha no serviço de internet, problemas de acesso à rede, manutenção de computadores e impressoras, falta de energia, entre diversos outros, os profissionais atendem de forma manual sem efetuar o registro posterior no sistema como determinado; ou ainda lançam como faltosos pacientes que estão presentes, visando facilitar e agilizar o atendimento, visto que, assim procedendo, não necessitam fazer os registros nos prontuários e efetuar a evolução do paciente no sistema.

### 3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para a realização do presente projeto de pesquisa, foram observados e respeitados, em todo o seu processo de construção, as diretrizes e os critérios estabelecidos em regulamentos, normas e resoluções vigentes, relacionados à ética

e seus preceitos, especialmente àqueles que se referem ao zelo pela legitimidade, privacidade e sigilo das informações.

O presente projeto de pesquisa deixou de ser encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) pelo fato de que o banco de dados a ser utilizado não permite a identificação individual dos pacientes, já que os dados são formados pelo mês, ano, local da realização da consulta médica especializada, especialidade médica, número de consultas agendadas e número de pacientes faltantes. A autorização formal, do Secretário de Saúde do Município de Santa Maria – RS para a realização do projeto e utilização dos dados encontra-se anexada a este (ANEXO B).

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresenta-se a análise e discussão dos resultados encontrados, buscando, dessa forma, responder ao problema de pesquisa com o atendimento aos objetivos do trabalho.

### 4.1 A DETERMINAÇÃO DA TAXA, AS CARACTERÍSTICAS E O IMPACTO FINANCEIRO CAUSADO PELO ABSENTEÍSMO DE PACIENTES NA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AMBULATORIAL NO MUNICÍPIO DE SAÚDE DE SANTA MARIA – RS

Para se determinar a taxa de absenteísmo no período em estudo (2016-2021) foi necessário efetuar levantamento mês a mês, do número de consultas médicas especializadas ofertadas para agendamento através do Sistema Integrado de Gestão em Serviços de Saúde (SIGSS) da rede de atendimento do Município de Santa Maria – RS. Com base na apuração dessa quantidade, e com a contabilização dos pacientes faltantes pode-se calcular a taxa efetiva de absenteísmo.

Ressalta-se que o levantamento foi efetuado em relação ao agendamento de consultas médicas na atenção especializada, procedimento 0301010072, constante do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais do Sistema Único de Saúde – SIGTAP. Nesse sentido os Boletins de Produção Ambulatorial Individualizados (BPA-I), não consideram, para fins de faturamento, aquelas consultas médicas que não foram efetivamente realizadas.

Seguindo todos os critérios e considerações acima tem-se que durante o levantamento foram considerados os dados das seguintes unidades de saúde, Policlínica do Rosário (Região Central); Policlínica José Erasmo Crossetti (Região Central), Policlínica Kennedy (Região Norte), Casa 13 Maio (especializada em pacientes imunocomprometidos), Policlínica Wilson Paulo Noal (Região de Camobi), vistos serem essas as unidades que realizam consultas médicas especializadas no âmbito da Rede Municipal.

Levadas em consideração todas as variáveis e detalhamentos acima elencados constata-se que no período em estudo, a Rede de Atenção Especializada do Município de Santa Maria, agendou 156.348 consultas com médicos especialistas. Do

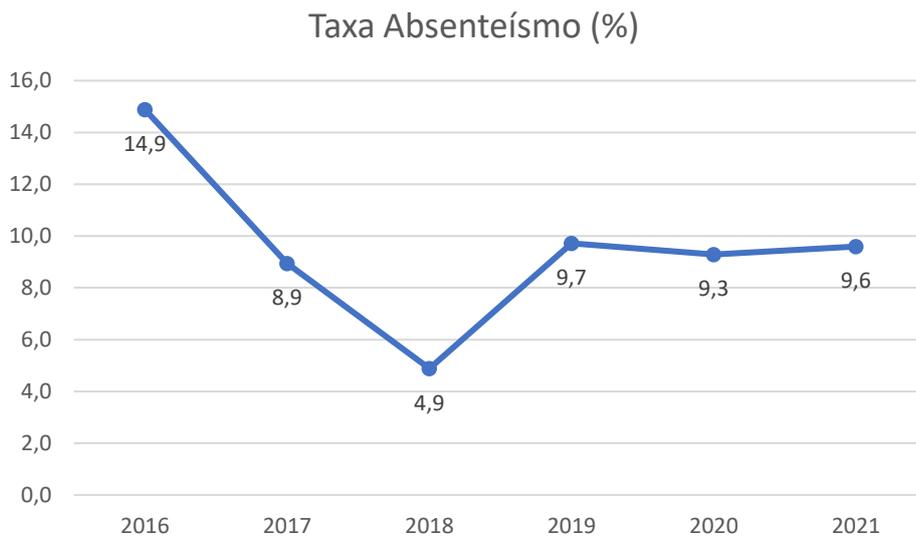
total de consultas médicas ofertadas deixaram de ser realizadas, pelo não comparecimento dos pacientes, o total de 14.659. Ressalte-se aqui que os pacientes agendados foram previamente informados, através da central de agendamentos, concordando com a data e horário de realização da consulta médica especializada.

Com base na equação 1, tem-se que a taxa de absenteísmo, no período em estudo (2016-2021) é de:

$$T_{Absent} = \frac{14.659}{156.348} = 0,0937 \cong 9,4\% \quad (10)$$

No período analisado o índice de absenteísmo nas unidades de saúde em estudo, variou em conformidade com a Figura 4.

Figura 4 – Taxa de absenteísmo anual.



De posse do índice de absenteísmo encontrado nos dados analisados no presente trabalho, pode-se afirmar que o Município vem obtendo resultados satisfatórios, visto que, em outros trabalhos semelhantes realizados no Brasil, índices bem superiores aos calculados para Santa Maria foram encontrados, conforme pode ser observado no quadro a seguir:

Quadro 3 – Índices de absenteísmo em outros trabalhos

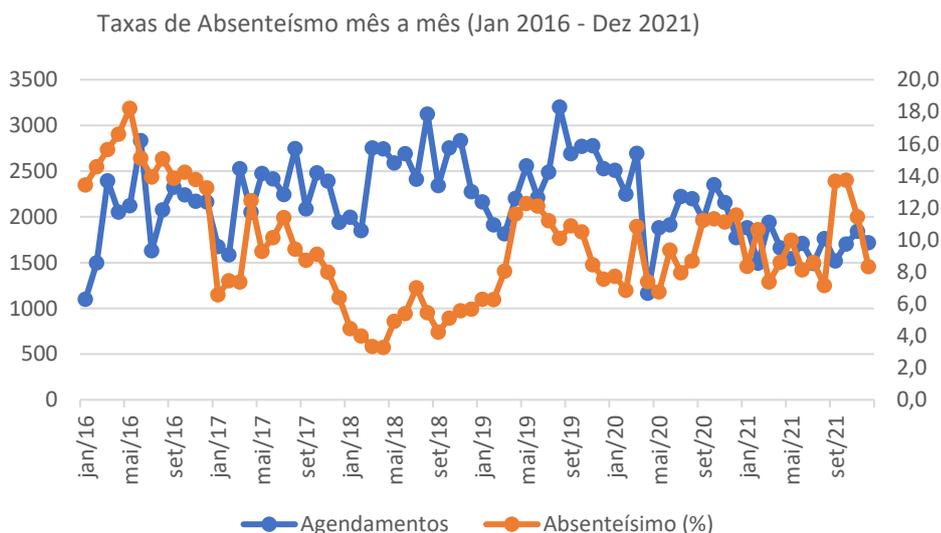
Autor	Local do estudo	Índice de Absenteísmo em %
Beltrame, 2019	Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo (2014 – 2016)	38,6%
Bittar <i>et al.</i> , 2016	Ambulatórios da Administração Direta da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (2011 – 2015)	24,3%
Neves Junior (2017)	Hospital Universitário Federal da Região Metropolitana II, Niterói – RJ (2015 – 2016)	28,2%
Oliveira, Bender Filho & Vieira (2020)	Ambulatório de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário de Santa Maria – RS (2015 – 2017)	12,8%
Giacchero & Miasso (2008)	Serviço Ambulatorial de Clínica Psiquiátrica do interior Paulista (2004)	20,5%

Fonte: Elaborado pelo autor

Para a caracterização do absenteísmo de pacientes na rede da atenção especializada do Município de Santa Maria – RS, foram utilizadas estatísticas descritivas

No período de tempo analisado no presente trabalho, qual seja, de janeiro de 2016 a dezembro de 2021, tem-se que as taxas de absenteísmo variam de mês para mês em um percentual que varia de 3,3% a 18,2%, em conformidade com o representado na Figura 5.

Figura 5 – Agendamentos e taxas de absenteísmo mensais



Pode-se verificar que os dez maiores índices de absenteísmo ocorreram no ano de 2016, sendo que o mês de maio de 2016 foi o maior índice da série histórica, com cerca de 18,2%. O Absenteísmo médio em 2106 foi de 14,9%. Em contrapartida o ano de 2018 concentrou os onze menores índices de absenteísmo do período, com março e abril apresentando um índice de apenas 3,3% de ausências. O Absenteísmo médio em 2018 foi de 4,9%.

De acordo com a Tabela 6, com a representação resumida, por unidade de saúde, ao longo do período em análise, das quantidades de Consultas agendadas fazendo-se referência ao número de pacientes faltantes. Para a construção dessa tabela foram separados os dados pelo local onde a consulta médica especializada foi agendada. Ressalta-se que para um melhor entendimento foi informada a data de entrada em atividade das unidades que iniciaram suas atividades dentro do período do estudo.

Tabela 6 – Pacientes Agendados, faltantes e absenteísmo, por unidade de saúde, pelo tempo

Unidade de Saúde		Ano					TOTAL	
		2016	2017	2018	2019	2020		2021
Wilson Paulo Noal - Início das Atividades em Dez 2016	Agendados	68	2646	3601	3529	3245	2112	15201
	Faltantes	0	137	244	273	147	46	847
	Absenteísmo (%)	0,0	5,2	6,8	7,7	4,5	2,2	5,6
Kennedy - Início das Atividades em Jan 2017	Agendados	0	1366	1491	2900	3541	1702	11000
	Faltantes	0	0	7	205	42	1	255
	Absenteísmo (%)	0,0	0,0	0,5	7,1	1,2	0,1	2,3
Crossetti - Início das Atividades em Jun 2016	Agendados	5152	9451	11142	9084	7073	5788	47690
	Faltantes	858	505	653	866	803	494	4179
	Absenteísmo (%)	16,7	5,3	5,9	9,5	11,4	8,5	8,8
CTA - Casa 13 de maio	Agendados	3212	3309	4651	4997	4015	4618	24802
	Faltantes	193	292	152	624	412	477	2150
	Absenteísmo (%)	6,0	8,8	3,3	12,5	10,3	10,3	8,7
Rosário	Agendados	16188	9864	9495	8823	7224	6061	57655
	Faltantes	2613	1449	427	884	928	927	7228
	Absenteísmo (%)	16,1	14,7	4,5	10,0	12,8	15,3	12,5
TOTAL	Agendados	24620	26636	30380	29333	25098	20281	156348
	Faltantes	3664	2383	1483	2852	2332	1945	14659
	Absenteísmo (%)	14,9	8,9	4,9	9,7	9,3	9,6	9,4

Fonte: Organizada pelo autor

De acordo com a Tabela pode-se verificar que a partir de junho de 2016, três novas unidades foram sendo criadas e colocadas em funcionamento. O número de consultas agendadas na Unidade Rosário que em 2016 foi de 16.188 passou a ser em 2017 de 9.864. Essa redução na Unidade Rosário aconteceu pela entrada em atividade das unidades, Crossetti, Kennedy e Wilson Paulo Noal, que foram criadas com o intuito de possibilitar uma expansão no número de agendamentos, fato esse percebido quando observamos o crescimento da oferta geral de vagas ofertadas nos anos seguintes.

A Tabela 7 a seguir apresenta o índice anual de absenteísmo por especialidades médicas. Na última coluna dessa tabela estão apresentados os índices médios do período por especialidade. De acordo com os resultados percebe-se que o maior índice de absenteísmo médio no período em estudo, entre os pacientes agendados se deu na especialidade de dermatologia a qual possui um índice médio de 20,7%, seguida pela especialidade de Oftalmologia com um índice médio de 18,8% de absenteísmo. A especialidade de Oftalmologia, no entanto, apresentou no ano de 2020 o maior índice médio anual, com cerca de 28,4% de pacientes faltantes às consultas médicas agendadas.

Tabela 7 – Pacientes agendados, faltantes e absenteísmo por especialidade e por ano

(Continua)

Especialidade		Ano					Total	
		2016	2017	2018	2019	2020		2021
Angiologia	Agendados	647	1284	1097	1357	829	159	5373
	Faltantes	40	15	0	9	15	0	79
	Absenteísmo (%)	6,2	1,2	0,0	0,7	1,8	0,0	1,5
Coloproctologia	Agendados	411	1115	1058	1377	1057	1164	6182
	Faltantes	18	17	36	204	126	86	487
	Absenteísmo (%)	4,4	1,5	3,4	14,8	11,9	7,4	7,9
Dermatologia	Agendados	1885	0	820	3279	2312	2754	11050
	Faltantes	426	0	34	757	581	486	2284
	Absenteísmo (%)	22,6	0,0	4,1	23,1	25,1	17,6	20,7
Endocrinologia Ped.	Agendados	0	0	0	48	8	0	56
	Faltantes	0	0	0	1	0	0	1
	Absenteísmo (%)	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,8
Gastroent.	Agendados	621	0	0	0	0	0	621
	Faltantes	114	0	0	0	0	0	114
	Absenteísmo (%)	18,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,4
Ginecologia - Obst./ DIU/Cauterização/ Colposcopia/Mama	Agendados	3848	7982	11019	4654	5712	3227	36442
	Faltantes	662	435	572	243	188	100	2200
	Absenteísmo (%)	17,2	5,4	5,2	5,2	3,3	3,1	6,0
Infecologia	Agendados	2216	2038	2212	3913	4468	5177	20024
	Faltantes	104	181	116	477	496	579	1953
	Absenteísmo (%)	4,7	8,9	5,2	12,2	11,1	11,2	9,8

Tabela 7 – Pacientes agendados, faltantes e absenteísmo por especialidade e por ano

(Conclui)

Especialidade		Ano					Total	
		2016	2017	2018	2019	2020		2021
Mastologia	Agendados	1659	1341	55	144	85	58	3342
	Faltantes	87	83	2	3	3	1	179
	Absenteísmo (%)	5,2	6,2	3,6	2,1	3,5	1,7	5,4
Med. Clínica	Agendados	863	1724	3530	6097	2898	408	15520
	Faltantes	82	106	130	535	256	14	1123
	Absenteísmo (%)	9,5	6,1	3,7	8,8	8,8	3,4	7,2
Neurologia	Agendados	4730	4421	1720	16	698	343	11928
	Faltantes	843	729	25	0	111	56	1764
	Absenteísmo (%)	17,8	16,5	1,5	0,0	15,9	16,3	14,8
Oftalmologia	Agendados	3591	0	304	372	275	274	4816
	Faltantes	712	0	0	66	78	48	904
	Absenteísmo (%)	19,8	0,0	0,0	17,7	28,4	17,5	18,8
Pediatria	Agendados	542	1242	1305	1959	2558	2084	9690
	Faltantes	87	106	140	147	88	42	610
	Absenteísmo (%)	16,1	8,5	10,7	7,5	3,4	2,0	6,3
Pneumologia (Adulta e Pediátrica)	Agendados	556	596	268	0	0	0	1420
	Faltantes	75	36	0	0	0	0	111
	Absenteísmo (%)	13,5	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,8
Psiquiatria	Agendados	0	1987	4478	2579	1607	2418	13069
	Faltantes	0	425	312	170	148	291	1346
	Absenteísmo (%)	0,0	21,4	7,0	6,6	9,2	12,0	10,3
Urologia	Agendados	3051	2906	2514	3538	2591	2215	16815
	Faltantes	414	250	116	240	242	242	1504
	Absenteísmo (%)	13,6	8,6	4,6	6,8	9,3	10,9	8,9
Total	Agendados	24620	26636	30380	29333	25098	20281	156348
	Faltantes	3664	2383	1483	2852	2332	1945	14659
	Absenteísmo (%)	14,9	8,9	4,9	9,7	9,3	9,6	9,4

Fonte: Organizada pelo autor

Com relação as especialidades médicas ofertadas pela rede de municipal, constata-se que as maiores ofertas de vagas se dão em Ginecologia e Obstetrícia com 23,3% do total das vagas, seguidas pelas especialidades de Infectologia com 12,8% e Urologia com 10,8%. As demais especialidades que possuem oferta de vagas são Clínica Médica (9,9%), Psiquiatria (8,4%), Neurologia (7,6%), Dermatologia (7,1%), Pediatria (6,2%), Coloproctologia (4,0%), Angiologia (3,4%), Oftalmologia (3,1%) e Mastologia (2,1%). Somadas as ofertas das especialidades de Pneumologia (adulta e pediátrica), Gastroenterologia, Endocrinologia Pediátrica, são responsáveis por 1,3% do total de consultas agendadas.

Pode-se observar que em alguns casos dispostos na Tabela 7, o número de pacientes faltantes está zerado, ou seja, não foi registrada, pela recepção, nenhuma ausência. Não parece crível que nenhuma ausência tenha existido em um volume alto

de agendamentos. São exemplos disso os casos da especialidade de Angiologia, nos anos de 2018 e 2021, onde das 1256 consultas agendadas nenhum paciente deixou de comparecer. Cita-se ainda Oftalmologia, Pneumologia, adulta e pediátrica, que em 2018 não possuíram nenhum paciente faltante.

No que tange ao cálculo do impacto financeiro causado pelo absenteísmo de pacientes na rede de atenção especializada do Município de Santa Maria - RS, utilizou-se a Equação 2.

$$C_{Absent} = \text{número de pacientes faltantes no mês } x \text{ ano } y \times X \text{ valor da consulta no mês } x \text{ ano } y \quad (11)$$

No período analisado, em virtude do absenteísmo de pacientes, deixaram de ser realizadas 14.659 consultas que representam a perda direta de R\$146.590,00 (cento e quarenta e seis mil quinhentos e noventa reais). Para cada consulta não executada deixa de ser repassado ao Município de Santa Maria o valor de R\$ 10,00 (dez reais), valor esse constante da tabela SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais do Sistema Único de Saúde). Observe-se que esse valor que deixa de ser repassado ao Município é direto, ou seja, independe de outras condições para o recebimento, basta apenas e tão-somente a realização da consulta médica especializada. Não é objetivo desse trabalho o cálculo do custo indireto dispendido para o atendimento, entre eles o custo com a folha de pagamento dos profissionais, os custos operacionais como, água, luz, telefone, internet, limpeza e higienização, entre diversos outros.

#### 4.2 PROPOSTA PARA REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE ABSENTEÍSMO NA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AMBULATORIAL NO MUNICÍPIO DE SAÚDE DE SANTA MARIA – RS.

Para elaboração de uma proposta que vise a redução dos índices de absenteísmo com a consequente redução dos impactos financeiros por ele causados às finanças da Secretaria de Saúde do Município de Santa Maria – RS, necessário verificar como o assunto vem sendo estudado e abordado na literatura que trata da matéria. Dessa forma será apresentada a seguir e, dentro da proposta desse trabalho, estratégias para o enfrentamento do absenteísmo de pacientes que têm sido referidas na literatura.

Para estudar estratégias de enfrentamento do absenteísmo de pacientes em consultas e exames agendados pelos sistemas de saúde Pinto *et al.* (2021) efetuaram uma revisão integrativa que teve como um dos objetivos analisar as principais estratégias adotadas para reduzir o absenteísmo. Nesse diapasão referem os autores que a pesquisa foi constituída de uma amostra de 126 artigos científicos, onde 28 foram analisados na íntegra e 20 selecionados pois atenderam plenamente ao objetivo da pesquisa. Apresentaram como estratégias para a redução do absenteísmo os dados da tabela a seguir:

Tabela 8 – Estratégias para a redução do absenteísmo de paciente

Estratégias para diminuir o absenteísmo de pacientes	Frequência (%)
Melhorar a comunicação com os usuários e efetivar mecanismos de lembretes	21,05
Reduzir/qualificar a fila de espera, além de promover o controle da fila através da abertura das agendas com antecedência	13,16
Melhorar o acesso dos usuários, o que requer investimentos e esforços para identificar, sob a ótica dos usuários e profissionais, áreas prioritárias de atuação	10,53
<i>Overbooking</i> (agendamento maior de pacientes, além da capacidade instalada)	7,89
Definição/reestruturação de fluxos e protocolos	7,89
Ampliação da oferta de consultas/exames, bem como monitoramento dos indicadores e reprogramação permanente de ofertas com base nas necessidades de saúde das regiões	7,89
Maior frequência de visitas dos ACSs, visando o acompanhamento desse profissional antes e pós-consulta	5,26
Criação de central de confirmação de agendamento ( <i>call center</i> )	5,26
Evitar agendamentos coincidentes em horários e datas; agendamento automático	5,26
Melhor acompanhamento pelas equipes da Atenção Básica	2,63
Implementação do método Acesso Avançado para organização de agenda em unidades de saúde na Atenção Primária à Saúde que prega a máxima "Faça hoje o trabalho de hoje!"	2,63
Uso de telessaúde, para qualificar o atendimento	2,63
Sistemas integrados a Atenção Básica e Central de Regulação	2,63
Empoderamento do usuário	2,63
Penalizações como o impedimento de remarcações automáticas dos pacientes faltosos, ocorrendo o agendamento somente em caso de vaga de encaixe, melhora da ambiência dos equipamentos de saúde, capacitação de equipes de saúde, e educação em saúde	2,63

Fonte: Adaptada de Pinto *et al.* (2021, p. 10)

Em conclusão acerca da melhor estratégia a ser adotada para redução das perdas pelo absenteísmo de pacientes é mais adequada uma abordagem mista, que promova sistemas de lembretes de acordo com as necessidades da população,

facilitando cancelamentos, primando pela qualidade na comunicação, considerando os aspectos dos diferentes atores envolvidos no processo (PINTO, 2021).

Baptista *et al.* (2021) buscaram identificar e analisar a produção de conhecimento na literatura nacional e internacional acerca do absenteísmo de pacientes em consultas ambulatoriais, nesse sentido e com esse objetivo realizou trabalho de revisão integrativa de literatura. Dos 767 artigos separados inicialmente para a revisão integrativa 93 foram excluídos por estarem duplicados, restando dessa forma 674 artigos. Após análise detalhada do título e do resumo restaram tão somente 11 artigos, que se transformaram em 9 artigos após a leitura completa dos mesmos. Dos 9 artigos selecionados apenas 2 tinham origens de estudo no Brasil.

Como estratégias para minimizar o impacto causado pela falta dos pacientes nas consultas médicas, Baptista *et al.* (2021), referem a importância da aplicação de métodos e estratégias de monitoramento e avaliação dos serviços. O desenvolvimento de modelos e algoritmos, a partir dos dados constantes em sistemas de informação, permitiriam calcular e projetar as ausências permitindo ao gestor a utilização da técnica de *overbooking* para aumentar ou diminuir o número de vagas a ser disponibilizado para agendamento. Ainda segundo os autores, a técnica do *overbooking*, a implantação de *calls centers*, que entram em contato com os pacientes para alertá-los do agendamento da consulta, e do controle da fila de espera são ferramentas importantes para a redução do absenteísmo.

Bittar *et al.* (2016, p. 28) ao estudarem o absenteísmo em atendimentos ambulatoriais de especialidades no estado de São Paulo afirmaram que a técnica do *overbooking* em organizações de saúde ainda foi pouco debatida, mas que, apesar disso, “pode ser considerada útil em algumas circunstâncias, pois embora em alguns casos aumente a hora de espera, reduz o absenteísmo”.

#### **4.2.1 A técnica do Overbooking**

A estratégia do *overbooking* no agendamento de consultas consiste no método de gestão que busca o melhor aproveitamento das vagas não utilizadas, pelos sistemas de saúde, em virtude da ausência dos pacientes nas consultas médicas previamente agendadas. Para Silva e Tlinoco (2017) a técnica se configura como uma *trade-off* entre o custo da capacidade desperdiçada por excesso de não comparecimentos e a falta de capacidade de atendimento em virtude do

comparecimento do excedente agendado. O objetivo do gestor, ao decidir pelo overbooking, deve ser o de otimizar o uso da capacidade equilibrando os custos envolvidos (CHOPRA; MEINDL, 2007).

A técnica de overbooking tem ampla utilização nos setores de transporte e hotelaria, especialmente no que tange ao gerenciamento da receita, sendo ainda pouco explorada em outros setores (OLESKOVICZ *et al.*, 2014). Os mesmos autores, com fundamento nos estudos acerca do gerenciamento da receita, afirmam que as pesquisas sobre overbooking foram relevantes para as modelagens estatísticas que elencaram a existência de, pelo menos, dois modelos a serem utilizados na prática. O primeiro modelo denominado de econômico básico, estipula o limite do overbooking no ponto em que a receita marginal esperada se igual ao custo marginal, ou seja, quando a receita adicional se iguala aos custos adicionais para suportá-la. O segundo método, que é o mais comumente utilizado, tem como base um modelo do nível de serviço desejado, onde os conceitos centrais são o nível de serviço, o percentual de atendimento do serviço que se quer ofertar, estoque de segurança, e estoque adicional para atender a uma demanda superior à previsão original de determinado período.

O cerne da questão acerca da utilização, ou não, da prática do overbooking no agendamento de consultas médicas especializadas consiste na harmonização entre o desperdício da capacidade oriunda de não comparecimentos ou a falta de capacidade para atendimento dos pacientes agendados em excesso (OLESKOVICZ *et al.*, 2014). Nesse sentido se as ausências puderem ser estimadas o número de consultas a serem disponibilizadas em overbooking podem ser determinadas. Nos estudos de Moussawi-Haidar e Cakanyildirim (2012) a prática de overbooking tem demonstrado resultados significativos com vantagens para prestadores de serviços médicos assim como para os usuários desses serviços. Essa prática se apresenta adequada para a otimização dos recursos disponíveis pois possibilita maior capacidade de atendimento (BECKMANN; BOBKOSKI, 1986; CHOPRA; MEINDL, 2010; LITTLEWOOD, 2005; OLESKOVICZ *et al.*, 2014).

Da necessidade desse equilíbrio buscou-se nesse trabalho a implementação de um modelo estatístico adequado ao caso concreto da realidade vivida pela atenção especializada do município de Santa Maria.

#### 4.2.2 Modelo de previsão a ser utilizado em conjunto com a técnica do overbooking

Para a obtenção do modelo de previsão mais adequado ao combate do absenteísmo de pacientes nas consultas médicas especializadas a serem realizadas pelas Policlínicas da rede Municipal de Santa Maria – RS, foram analisados o número de pacientes faltantes por mês no período de janeiro/2016 - junho/2021. O objetivo de tal análise está centrada na obtenção das melhores previsões acerca no número de pacientes que irão faltar as consultas agendadas, de forma que seja possível a abertura de vagas em excesso, ou seja, em *overbooking*.

No período avaliado houve uma média 206,2 ( $\pm 82,4$ ) pacientes por mês, sendo que de junho/2016 até fevereiro/2018 ocorreu uma queda no número pacientes faltantes no município.

A série temporal original do número de pacientes faltantes, por mês possui 66 observações, do período entre janeiro/2016 e junho/2021 (Figura 6). Também, realizou-se uma análise dos correlogramas da Função de Autocorrelação (FAC) (Figura 7a) e Função de Autocorrelação Parcial (FACP) (Figura7b) da série original para averiguar os lags (defasagens) significativos.

Figura 6 - Série temporal do número de pacientes faltantes, por mês no município de Santa Maria - RS, janeiro/2016 - junho/2021.

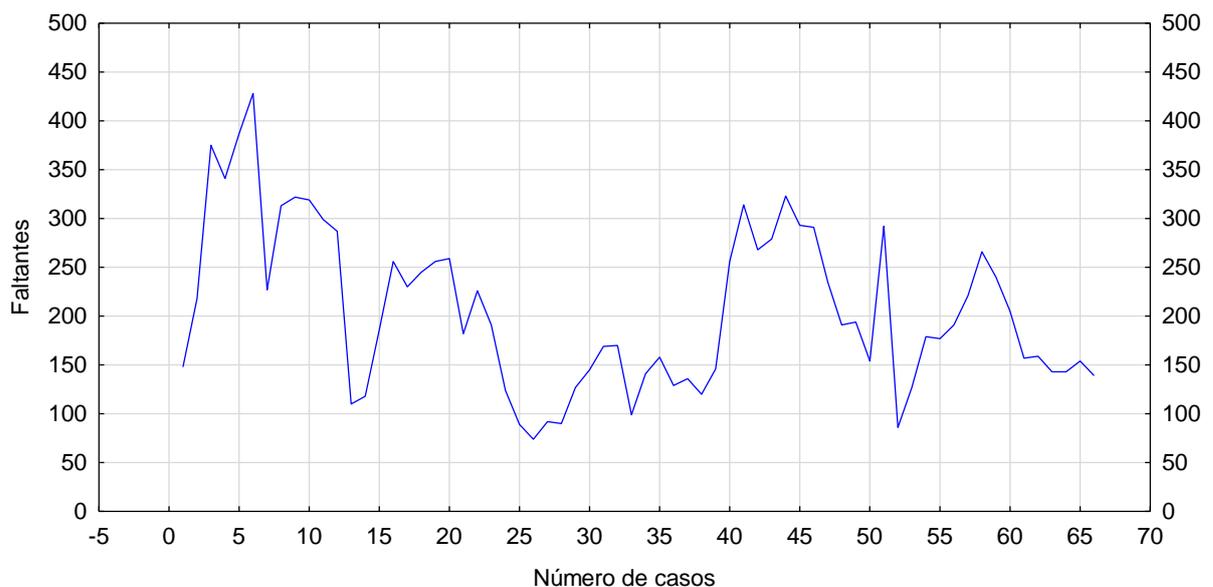
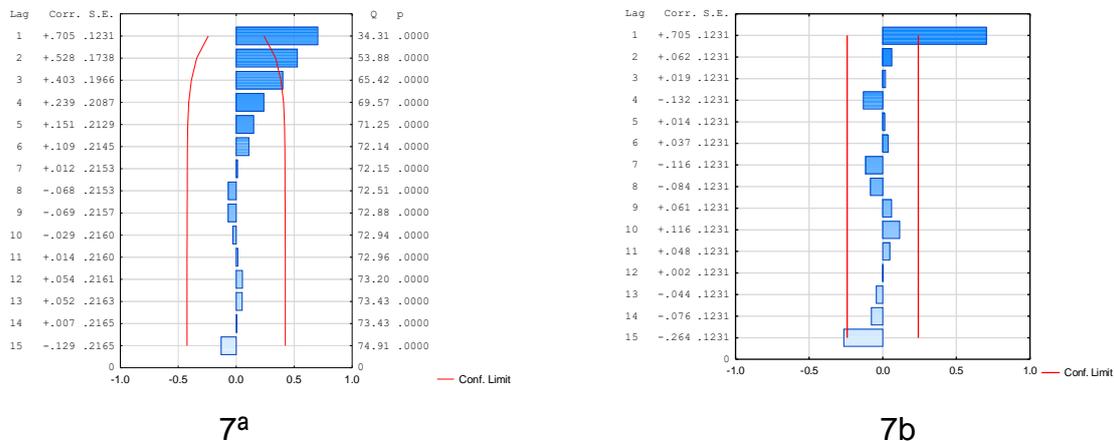


Figura 7 – Funções de autocorrelação (a) e autocorrelação parcial (b) do número de pacientes ausentes por mês, no município de Santa Maria - RS, janeiro/2016 - junho/2021.



Na Figura 7a observa-se uma correlação significativa nos lags de 1 a 3 que depois decrescem, indicando um termo autoregressivo. Complementando a análise, na Figura 7b nota-se uma correlação significativa no lag 1 seguido por correlações que não são significativas. Este padrão indica um termo autoregressivo de ordem 1.

Na sequência da análise buscou-se estimar diversos modelos e foi selecionado, via critérios de informação, alguns modelos concorrentes. A Tabela 9 apresenta os melhores modelos estimados para a previsão do número de pacientes que faltaram as consultas agendas em quatro policlínicas de atendimento especializado no município de Santa Maria - RS, com seus respectivos valores de AIC e BIC. Entre os melhores modelos indicados pelos critérios de seleção levam-se em consideração a diferença de ordem 1; os menores valores dos critérios de informação indicam que o modelo que mais se adequou à série do número de pacientes faltantes foi o ARIMA (1,0,0).

Tabela 9 – Estimação de modelos ARIMA para a série de absentismo em policlínicas de atendimento especializado no município de Santa Maria – RS, no período de janeiro/2016 - junho/2021.

Modelo	Coeficientes	Erro padrão	p-valor	AIC	BIC	Variância
<b>ARIMA(1,0,0)</b>	<b>C* = 197,33</b> <b>φ = 0,7161</b>	<b>24,18</b> <b>0,0907</b>	<b>0,0000</b> <b>0,0000</b>	<b>8,1525</b>	<b>8,1857</b>	<b>3368,47</b>
ARIMA(1,0,0)	φ = 0,9605	0,0361	0,0000	8,3339	8,3671	4038,30
ARIMA(0,0,1)	θ = -0,8273	0,0569	0,0000	8,65479	8,6880	5566,30
ARIMA(0,0,1)	C = 205,18 θ = -0,5778	12,81 0,0839	0,0000 0,0000	8,3954	8,4286	4294,83
ARIMA(1,1,1)	φ = 0,7733 θ = 0.9868	0,0923 0,0250	0,0000 0,0000	8,2184	8,2853	3487,10

\*C = constante

A série em estudo, para fins de previsão pode, então, ser descrita pelo modelo ARIMA (1,0,0), cuja expressão é dada por:

$$Z_t = 197,33 + 0,7161Z_{t-1} + e_t \quad (12)$$

A Tabela10 apresenta os valores de absenteísmo previsto para o período de julho a dezembro de 2021, por meio do modelo ajustado, e os valores observados de pacientes faltantes no período assim como erro absoluto entre o observado e o estimado. De maneira geral, as previsões a partir do modelo se aproximaram dos valores reais da série apresentando que a série sofreria crescimento no período considerado para a previsão.

Tabela 10 – Valores observados e previstos do número de pacientes faltantes e erro absoluto para o período de julho a dezembro de 2021.

Mês/Ano	reais	previstos	Erro absoluto
jul/21	128	155,5578	27,5578
ago/21	126	167,4152	41,4152
set/21	208	175,9064	32,0936
out/21	234	181,9872	52,0128
nov/21	211	186,3417	24,6583
dez/21	143	189,4601	46,4601

Considerando a importância da previsão do número de pacientes faltantes para o planejamento dos agendamentos de pacientes, espera-se que a eficiência do modelo ajustado propicie incentivo para estudos futuros ligados ao planejamento desses agendamentos no município, considerando-se também estimativas por especialidade ou clínicas que, provavelmente, serão mais eficazes que as gerais abordadas aqui.

Além do uso da técnica de overbooking acredita-se que a atualização constante e permanente dos servidores e funcionários terceirizados, que utilizam o sistema, principalmente no registro das ausências e na evolução das consultas médicas, poderão melhorar ainda mais os índices de absenteísmo. Com a melhora desse índice, mais pessoas poderão ser atendidas e maiores repasses financeiros serão enviados ao Município, propiciando melhor prestação de serviços de saúde à população de Santa Maria – RS.

## 5 CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo geral estimar o valor financeiro que deixou de ser repassado e/ou transferido ao Município de Santa Maria - RS para aplicação nos serviços de saúde, por conta do absenteísmo de pacientes na atenção especializada, nos anos de 2016 a 2021, e como objetivos específicos: a) Verificar, através dos dados consolidados, as taxas do absenteísmo de pacientes no âmbito da rede de saúde da Prefeitura de Santa Maria; b) caracterizar o absenteísmo da Rede de Assistência à Saúde ambulatorial no Município de Saúde de Santa Maria – RS; c) calcular o custo econômico e o impacto produzido no repasse financeiro efetuado pelo estado do Rio Grande do Sul e pela União Federal; d) propor, em conformidade com o estado da arte, ferramentas que visem minimizar os impactos negativos trazidos pelo absenteísmo de pacientes no atendimento especializado prestado pelo Município de Santa Maria – RS.

Para tanto, foram coletados e analisados os dados constantes no Sistema Integrado de Gestão em Serviços de Saúde – SIGSS, utilizado pela Secretaria de Saúde para o Gerenciamento dos serviços prestados à população, dos anos de 2016 a 2021. Em síntese, quanto ao primeiro objetivo específico, verificou-se que o absenteísmo de pacientes em consultas médicas especializadas foi de 9,4%, já que, no período em análise deixaram de ser realizadas 14.659 consultas médicas especializadas, das 156.348 agendadas.

O segundo objetivo específico foi abordado através das estatísticas descritivas acerca da evolução dos índices. Pode-se perceber que a Secretaria de Saúde vem trabalhando no sentido da redução do absenteísmo, já que, o índice que era em 2016 de 14,9% passou a ser em 2021 de 9,6%, ou seja, uma redução de cerca de 35%.

O terceiro objetivo teve por meta calcular o custo econômico e o impacto produzido no repasse financeiro efetuado pelo estado do Rio Grande do Sul e pela União. Após a análise viu-se que o Município deixou de receber cerca de R\$ 146.590,00 (cento e quarenta e seis mil quinhentos e noventa reais) em virtude da não realização das consultas agendadas.

Por fim, mas não menos importante, apresentou-se proposta que busca minimizar ainda mais o índice de absenteísmo de pacientes no Município de Santa Maria. A proposta possui fundamentação em recentes publicações sobre o tema e está fundamentada na técnica denominada de overbooking de consultas médicas.

Como limitação do estudo, observou-se que por algumas vezes foram deixadas de ser informadas as ausências dos pacientes, já que, não parece ser razoável 100% de presença dos pacientes em 100% dos agendamentos. Esses fatores devem ser melhor analisados em trabalhos futuros e combatidos com capacitações e atualizações dos gestores, já que é possível a verificação de a consulta ter sido realizada através da verificação da evolução no prontuário do paciente. Sugere-se ainda para trabalhos futuros uma avaliação mais ampla, com espectro maior e que abranja não somente consultas médicas, mas também consultas de outros profissionais de nível superior (Odontólogos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, etc) e ainda exames médicos.

## REFERÊNCIAS

AGRANOFF, R.; LINDSAY, V. A. Intergovernmental management: perspectives from human services problem solving at the local level. **Public Administration Review**, v. 43, p. 227-238, 1983.

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. A. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 28-38, dez., 2015. DOI: 10.5935/0103-1104.2015S005390.

AMARAL, J. Faltas a consultas médicas causam prejuízos. **Diário do Vale**, Rio de Janeiro, 08 set. 2012. Disponível em: <http://diariodovale.uol.com.br/noticias/0,62691,Faltas-a-consultas-medicas-causam-prejuizo.html#axzz2hH289AIU>. Acesso em: 25 set. 2019.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 34, n. 7. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00067218>>. Acesso em: 31 out. 2019.

BAHIA, L.; SOUZA, L.E.P.F. de. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N.de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro, Medbook, 2014, cap. 44, p. 649-666.

BARROS, A. J. da S.; LEHFELD, N. A. de S. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo, SP: Pearson Prentice Hall, 2007.

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.

BAPTISTA, S. C. P. D.; *et al.* Patient absenteeism in outpatient consultations: an integrative literature review. **Rev Esc Enferm USP**. v.55: e20200380, 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0380>.

BECH, M. The economics of non-attendance and the expected effect of charging a fine on non-attendeers. **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: 30 jun. 2020.

BECKMANN J, BOBKOWSKI F. **Airline demand**: na analysis of some frequency distributions. Wilmington:Wiley Periodicals; 1986.

BELO HORIZONTE. **Manual para o Gestor Municipal de Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2009.

BELTRAME, S. M. *et al.* Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde debate** [online]. v. 43, n.123, p.1015-1030, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000401015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000401015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 abr. 2020.

BENDER, A.S.; MOLINA, L.R.; MELLO, A.L.S.F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 11, n. 2, p. 56-65, 2010.

BEUREN, I.M. *et al.* **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2004 [Minha Biblioteca], p. 54. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788522486977/pageid/54>. Acesso em: 13 jan. 2021.

BITTAR, O.N.V.; MAGALHÃES, A.; MARTINES, C.; FELIZOLA, N.; FALCÃO, L. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista (BEPa)** – Secretaria de Estado da Saúde. Governo do Estado de São Paulo, v. 13, n. 152, p. 19-32, 2016.

BOKSMATI, N. *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: 13 set. 2019.

BORZEL, T. A. **Qué tienen de especial los policy networks?** Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernación europea. 1997. Disponível em: <http://seneca.uab.es/antropologia/redes/redes.htm>. Acesso em: 15 maio 2020.

BOX, G. E. P.; JENKINS G. M. **Time Series: Analysis, forecasting and control**. San Francisco: Holden Day, 1970.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. de. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf) . Acesso em: 28 ago. 2019.

BRASIL. **Constituições**. Constituição Federal de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 12 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 12 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 nov. 1996. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>. Acesso em: 13 out. 2020.

BRIATORE, A.; TARSETTI, E. V.; LATORRE, A. *et al.* Causes of appointment attendance, nonattendance, and cancellation in outpatient consultations at a university hospital. **The International Journal of Health Planning and Management**. 2020. DOI: 10.1002/hpm.2890. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hpm.2890>. Acesso em: 28 mar. 2020.

CANABRAVA, C. M.; SOUZA, L. E. P. F. A evolução da infraestrutura de sistema de saúde brasileiro: 2008-2017. In: PAIM, J. (Org.). **SUS** - Tudo o que você precisa saber. São Paulo/Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. p. 79-106.

CARVALHEIRO, J. da R.; MARQUES, M. C. C.; MOTA, A. A construção da saúde pública no Brasil no século XX e início do século XXI. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. **Saúde pública: bases conceituais**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**. v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/68675>. Acesso em: 13 ago. 2020.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo, Paz e Terra, v. I, 4. ed., 2000.

CASTRO, L. C.; CASTILHO, V. O custo de desperdício de materiais de consumo em um centro cirúrgico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 6, p. 1228-34, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt\\_0104-1169-rlae-21-06-01228.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-21-06-01228.pdf). Acesso em: 02 abr. 2020.

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**, 2018. 174p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Pós-Graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018.

CAVALCANTI, R. P.; CRUZ, D. F. DA; PADILHA, W. W. N. Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 181-188, 2018.

CHOPRA, D.; HOOKEY, L. C. Comorbid Illness, Bowel Preparation, and Logistical Constraints Are Key Reasons for Outpatient Colonoscopy Nonattendance. **Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology**. p. 1-6. 2016. DOI: 10.1155/2016/2179354.

CHOPRA, S, MEINDEL, P. **Supply chain management**: strategy, planning and operation. Boston: Prentice Hall, 2010.

CIBULKA, N. J.; FISCHER, H. W., FISCHER, A. J. Improving communication with low-income women using today's technology. **Online journal of issues in nursing**, v. 17, n. 2, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22686117/>. Acesso em: 21 abr. 2020.

COALIZÃO SAÚDE. Proposta para o sistema de saúde brasileiro. Disponível em: [http://icos.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Coalizao\\_Brochura.pdf](http://icos.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Coalizao_Brochura.pdf). Acesso em: 18 mar. 2020.

COSTA, C. F. S.; DUARTE, P. M.; VAGHETTI HH. Absenteísmo em consultas especializadas referenciadas por unidade básica saúde da família: estudo de caso. **Revista Saúde**. Santa. Maria. v. 44, n. 1, p. 1-10, 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: 23 abr. 2020.

DALLARI, S. G. O direito sanitário como campo fundamental para vigilância sanitária. In: **Vigilância sanitária**: textos e contextos. São Paulo: Cecovisa, 2007. p. 7-23.

DANTAS, L. F. **Revisão Sistemática de literatura sobre no-show em agendamento de Consultas**. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

DANTAS, L. F.; FLECK, J. L.; CYRINO OLIVEIRA, F.L. *et al.* No-shows in appointment scheduling: a systematic literature review. **Health Policy**. v.122, n. 4, p. 412-21, 2018.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. 3. ed. São Paulo, SP: Atlas, 1995.

ELIAS, P. E. A utilização da noção de equidade na alocação de recursos em tempos do pensamento (neo)liberal: anotações para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 10, n. 2. p. 289-292, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000200004>>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 21 mar. 2020.

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](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf). Acesso em: 18 mai. 2020.

ESCOREL, S.; TEIXIERA, L. A. Histórias da Política de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Cebes e Fiocruz, 2014. cap. 17, p. 279-321.

FARAH, B. F. *et al.* Percepções de enfermeiras sobre supervisão em enfermagem na atenção primária à saúde. **Rev RENE**. v. 17, n. 6, p. 804-811, 2016. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000600011.

FILGUEIRA, M.L. Hospitais privados aumentam leitos enquanto os públicos reduzem. **Exame**, 2018. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/blog/primeiro-lugar/hospitais-privados-aumentam-leitos-enquanto-os-publicos-reduzem/>. Acesso em: 03 abr. 2020.

FERREIRA, A. Ausências em consultas médicas chegam a 30%. Folha Metropolitana, São Paulo, **Caderno Saúde & Você**, 19 set. 2012, p. 15. Disponível em: [http://media.wix.com/ugd/8a55a4\\_f86b7eb067560493fab88610038d3289.pdf](http://media.wix.com/ugd/8a55a4_f86b7eb067560493fab88610038d3289.pdf). Acesso em: 25 set. 2019.

FLEURY, S. M. T.; OUVÉRY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FONSECA, E. *et al.* Estudio de la inasistencia a las citaciones en consulta en un servicio de dermatología. **Piel**, v. 16, n. 10, p. 485-489, 2001. Disponível em: [https://ac.elscdn.com/S0213925101725099/1-s2.0-S0213925101725099-main.pdf?\\_tid=167421f5-63e7-45fd-a5bf-34a5f07a5116&acdnat=1528672134\\_4412af4fc89b597b722bba652d96120a](https://ac.elscdn.com/S0213925101725099/1-s2.0-S0213925101725099-main.pdf?_tid=167421f5-63e7-45fd-a5bf-34a5f07a5116&acdnat=1528672134_4412af4fc89b597b722bba652d96120a). Acesso em: 24 abr. 2020.

FONSECA, E. P. *et al.* Fatores associados às faltas em tratamentos ortodônticos em centro de especialidades odontológicas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 23, n. 1, p. 287-294, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.26262015>>. ISSN 1678-456. Acesso em: 24 jun. 2020.

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**. São Paulo: HUCITEC, 2004. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASIST%20CANCIA%20%20SA%20DADE%20-%20T%20FALio.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

FREIRE, P. de S. **Aumente a qualidade e quantidade de suas publicações científicas** - manual para elaboração de projeto e artigos científicos. Curitiba: CRV, 2013.

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: 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, p. 20-27, 2008,

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GLUGOSKI, M. **O melhor sempre que possível**. Disponível em: <http://www.usp.br/jorusp/arquivo/2006/jusp755/pag0405.htm>. Acesso em: 21 abril 2020.

GOMES, M. A. G. *et al.* Não comparecimento na atenção secundária pública em saúde bucal de pacientes pediátricos: estudo transversal em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 24, n. 5. p. 1915-1923, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.19312017>>. Acesso em: 18 jun. 2020.

GONÇALVES, C.A. **Motivos de faltas às consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de Piracicaba/SP e implementação de estratégias para sua resolutividade por meio de uma pesquisa-ação**. 2013. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva). Universidade de Campinas, Campinas, 2013.

GUROL-URGANCI, I.; DE JONGH, T.; VODOPIVEC-JAMSEK, V.; ATUN, R.; CAR, J. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. **The Cochrane database of systematic reviews**, n. 12, 2013, CD007458. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007458.pub3>. Acesso em: 21 abr 2020.

HAIR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 6. ed. São Paulo: Bookman, 2009.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: GOMES, A.C. (org.). **Capanema: o ministro e seu ministério**. Rio de Janeiro: FGV/USF, 2000. p. 173-193.

IZECKSOHN, M.M.V.; FERREIRA, J.T. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.9, n. 32, p. 235-241, 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)960](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)960). Acesso em: 02 out. 2019.

JABALERA MESA, M. L. *et al.* Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol. **Revista de Calidad Asistencial**. v.32, n. 4, p.194-199, 2017. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-analisis-del-coste-economico-del-S1134282X17300222>. Acesso em: 15 abr. 2020.

JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. Desafios do planejamento na construção do SUS [online]. Salvador: EDUFBA, 2011. 176p. ISBN 978-85-232-1176-9. Disponível em: SciELO Books <http://books.scielo.org>. Acesso em: 30 mar. 2020.

KEHRIG, R. T.; SOUZA, E. S. de; SCATENA, J. H. G. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. **Saúde em Debate** [online]. v. 39, n. 107, p. 948-961, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151070282>. ISSN 2358-2898. Acesso em: 28 jun. 2020.

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](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4714455/pdf/12913_2015_Article_1243.pdf). Acesso em: 28 jun. 2020.

KIRCHNER, R. M.; SOUZA, A. M.; STUMM; E. M. F. A modelagem como ferramenta de gestão. **Latin American Journal of Business Management** 2, no. 1 (2011).

LENZI, H.; BEN, Â. J.; STEIN, A. T. Development and validation of a patient no-show predictive model at a primary care setting in Southern Brazil. **PloS one**, v.14, n. 4, 2019. e0214869. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214869>.

LINDELOW, M. A marca do SUS. **The World Bank**, 20 dez. 2013. Notícias. Disponível em: <http://www.worldbank.org/pt/news/opinion/2013/12/20/brazil-sus-unified-public-healthcare-system-new-study>. Acesso em: 13 mar. 2020.

LITTLEWOOD, K. Forecasting and control of passenger bookings. **Journal of Revenue and Pricing Management**, v. 4, p. 111-23, 2005. <https://doi.org/10.1057/palgrave.rpm.5170134>

LONG, J. *et al.* The Empty Chair Appointment. **SAGE Open**. 2016. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/289555827\\_The\\_Empty\\_Chair\\_Appointment](https://www.researchgate.net/publication/289555827_The_Empty_Chair_Appointment). Acesso em: 21 abr. 2020.

LOPES, S. M. S. C. O reflexo das desigualdades sociais no atendimento básico do serviço de saúde do SUS. **Revista Âmbito Jurídico: cadernos de direitos humanos**, São Paulo, n. 151, ago., 2016. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direitos-humanos/o-reflexo-das-desigualdades-sociais-no-atendimento-basico-do-servico-de-saude-do-sus/>. Acesso em: 13 set. 2019.

LUZ, M. **Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MAGALHES JUNIOR, H. M. **Redes de Atenção à Saúde**: rumo à integralidade. *Saúde Para Debate*. Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, 2014.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**. Porto Alegre: Bookman, 2012.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

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: 14 abr. 2020.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 15, n. 5. p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 30 set. 2019.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 set. 2019.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, E. V. **O acesso à atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS, 2017.

MERCADANTE, O. A. (Coord.). **Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MONTEIRO, L. **Operacionalização das Redes de Atenção à saúde (RASs)**. Rede Humaniza SUS. 2015. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/92656-operacionalizacao-das-redes-de-atencao-a-saude-rass/>. Acesso em: 30 abr. 2020.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista em 1930. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 345-360, 2009.

MOUSSAWI-HAIDAR, L.; CAKANYILDIRIM, M. Optimal overbooking limits of a two-dimensional cargo problem: a profit maximization approach. **Journal of Revenue and Pricing Management**, v. 11, p. 453-76, 2012.

NANCARROW, S.; BRADBURY, J.; AVILA, C. Factors associated with non-attendance in a general practice super clinic population in regional Australia: A retrospective cohort study. **The Australasian medical journal**, v. 7, n. 8, p. 323, 2014.

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 [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3. p. 19-32, 2013. ISBN 978-85-8110-017-3. Disponível em: [SciELO Books <http://books.scielo.org>](http://books.scielo.org). Acesso em: 29 mar 2020.

NORONHA, J. C. Redes integradas de cuidados e a pesquisa necessária. **Divulgação em Saúde para Debate** [Internet]. Rio de Janeiro, n. 52, p. 50-53, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em: 24 maio 2020.

NORONHA, M. de A.; SOUZA, A. M.; ZANINI, R. R. Aplicação da metodologia Box & Jenkins para modelagem da emissão de Certificados ISO 14001 no Brasil. **Revista Espacios**, Venezuela, v. 37, n. 12, 2016.

NOVO, B. N.; MACEDO JUNIOR, A. M. de; PINHEIRO, V. N. Os desafios da vigilância sanitária e a qualidade da saúde pública. **Brasil Escola**. Doenças e Saúde. 2019. Disponível em: <https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/doencas-saude/os-desafios-vigilancia-sanitaria-qualidade-na-saude-publica.htm>. Acesso em: 21 mar 2020.

NUNES, E. F. P. A. *et al.* Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde debate**. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040174>. Acesso em: 20 maio 2020.

NUNES, S. C. Dos fundos especiais. In: CONTI, J. M. (Coord.). **Orçamentos públicos**: a Lei 4.320/1964 comentada. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

OCKÉ-REIS, C. O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 23, n. 6. p. 2035-2042, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05992018>>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 12 jun. 2020.

OLESKOVICZ M.; OLIVA, F. L.; HILDEBRAND e GRISI, C. *et al.* Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 30, n. 5, p. 1009-17, 2014.

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](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0638.pdf). Acesso em: 21 mar. 2020.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. v. 66, p. 158-164, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>>. ISSN 1984-0446. Acesso em: 23 jun. 2020.

OLIVEIRA, C. M. de; CRUZ M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 255-267, 2015.

OLIVEIRA, F. V. de. **Análise do custo econômico do absenteísmo de consultas no ambulatório de atenção psicossocial do hospital universitário de Santa Maria**. 2019. 169 p. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações Públicas) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2019.

OLIVEIRA, F. V. de; BENDER FILHO, R.; VIEIRA, K. M. Custo econômico do absenteísmo de consultas: estudo de caso em um ambulatório de atenção psicossocial. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e417974066, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.4066. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4066>. Acesso em: 3 jul. 2020.

OPPEL, E.; MOHR, D. Multilevel analysis exploring the relative importance of workplace resources in explaining nurses' workload perceptions: Are we setting the right focus? **Health Care Manage Rev**. v. 46, n. 2, p. E8-E17, 2021. doi: 10.1097/HMR.0000000000000285. PMID: 33630510.

PAIM, J. S. **O que é o SUS** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. (Temas em saúde collection). 148 p. ISBN 978-85-7541-342-5. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 26 mar 2020.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. 93 p. (Coleção Temas em Saúde).

PAIM, J. S. **SUS – Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber**. São Paulo: Atheneu, 2019. ISBN 978-85-388-1034-6.

PINTO, R.J. *et al.* Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo de pacientes em consultas e exames agendados pelos sistemas de saúde: Uma revisão integrative. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, e46210716671, 2021. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16671>.

PEDROSO, T. R.; SOUZA, A. M.; JACOBI, L. F. Previsão e Monitoramento do Preço das Ações do Bradesco. **Ciência e Natura**, Santa Maria, RS, v. 29, n. 2, p. 53–68, 2007. DOI: 10.5902/2179460X9820.

PEITER, C. C. *et al.* Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil. **Escola Anna Nery** [online]. v. 23, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214>>. ISSN 2177-9465. Acesso em: 20 jun. 2020.

- 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.researchgate.net/publication/298725762\\_Absentismo\\_de\\_pacientes\\_a\\_la\\_consulta\\_externa\\_especializada\\_en\\_un\\_hospital\\_de\\_tercer\\_nivel\\_en\\_Espana](https://www.researchgate.net/publication/298725762_Absentismo_de_pacientes_a_la_consulta_externa_especializada_en_un_hospital_de_tercer_nivel_en_Espana). Acesso em: 12 out. 2019.
- PINHEIRO, R. *et al.* Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 21-36.
- PIOLA, S. F. Financiamento da saúde no Brasil. In: **Brasil em desenvolvimento 2011**: Estado, planejamento e políticas públicas. v. I, p. 37-58. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Ipea, 2012. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/bd/pdf/2011/livro\\_brasil\\_desenvolvimento2011\\_vol01.pdf](http://www.ipea.gov.br/bd/pdf/2011/livro_brasil_desenvolvimento2011_vol01.pdf). Acesso em: 12 jun. 2020.
- PIOLA, S. F. *et al.* Estruturas de Financiamento e Gasto do Sistema Público de Saúde. In: NORONHA, J.C.; PEREIRA, T.R. (Org.). **A saúde no Brasil em 2030**: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7476/9788581100180>. Acesso em: 12 jun. 2020.
- PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M.; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21. p. 411-422, 2016.
- POLDONY, J. M.; PAGE, K. L. Network forms of organization. **Annual Review of Sociology**, v. 24, p. 57-76, 1998.
- RAMOS, A. M.; RAMOS, A. M. W. Absenteísmo e a Gestão Hospitalar. SEGeT – SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 4, 2007. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/artigos07/1309absenteismo>. Acesso em: 29 set., 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](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas_sociais/05_capt02_7e.pdf). Acesso em: 05 abr. 2020.
- 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: 13 jun. 2020.
- RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 555, de 19 de setembro de 2012**. Comissão Intergestores Bipartite – CIB. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170214/23101458-1348591506-cibr555-12.pdf>. Acesso em: 13 out. 2020.

ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2013.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Unesp, 1994.

ROSEN, R.; HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, 2008.

SALTMAN, R. B.; BUSSE, R.; MOSSIALOS, E. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. European Observatory on Health Care Systems series. **Philadelphia**: Open University Press, 2002, p.3-52. Disponível em: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/98430/E74487.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98430/E74487.pdf?ua=1). Acesso em: 14 set. 2019.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. del P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso Editora LTDA, 2013. 624 p.

SANCHES, O. M. Fundos federais: origens, evolução e situação atual na administração federal. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, ano 39, n. 154, abr./jun. 2002.

SANTOS, F. de S. **Aposentadoria Especial**: o julgamento do ARE nº 664.335 pelo STF. São Luiz. 2016. Disponível em: <https://rosario.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/1617/1/FelipeSantos.pdf>. Acesso em: 23 maio 2020.

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: 01 abr. 2020.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

SANTOS, R. C. C. dos. **Os Fundos de Saúde e o Financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2015. 221p. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

SANTOS, R. C. C. dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016a. 206 p. ISBN 978-85-450-0177-8.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. São Paulo: Record, 2001.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005. 138p. Disponível em: [https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia\\_de\\_pesquisa\\_e\\_elaboracao\\_de\\_teses\\_e\\_dissertacoes\\_4ed.pdf](https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf). Acesso em: 13 jan. 2021.

SILVA, E. N.; SILVA, M. T.; PEREIRA, M. G. Estudos de avaliação econômica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde. **Epidemiol Serv. Saúde**. v. 25, n. 1, p. 205-207. mar. 2016. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742016000100023&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000100023&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 09 jul., 2021.

SILVA, R. G. da; TINOCO, M. A. C. **Uso do overbooking no agendamento de consultas do serviço de saúde primária: estudo de caso em posto de saúde da rede pública**. 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/218339>. Acesso em 29 abr 2022.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, SP, v. 16, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014). Acesso em: 12 jun. 2020.

SILVEIRA, G. S. da; FERREIRA, P. R. de; SILVEIRA, D. S. da; SIQUEIRA, F. C. V. Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-7, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc13(40)1836

SOLLA, J. J. S. P.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. (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, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 343-352.

SOUZA, G. C. de A.; COSTA, I. do C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças, **Saúde & Sociedade**. São Paulo, v. 19. n.3. p.509-517, 2010.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 set. 2019.

TRISTÃO, F. I. *et al.* Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absenteísmo dos usuários. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 54-61, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbpps/article/view/15134>. Acesso em: 25 set. 2020.

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](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2857.pdf). Acesso em: 13 set. 2019.

VIANA, A. L. D. *et al.* Contribuições para o debate sobre regionalização e saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 35, n. Supl. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00075819>>. Acesso em: 23 jun. 2020.

VIEIRA DA SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, Sup 2, p. S217-S226, 2009.

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: 13 jun. 2020.

VILELA, L.M. As prioridades da diretoria para a gestão 2018/2019, da relação tripartite do SUS e a busca pelo seu fortalecimento no momento difícil e decisivo pelo qual passa o Brasil. **Revista Consensus: Consensus Entrevista**. Brasília, ed. 27, abr./jun., 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/propostas-do-conass-aos-candidatos-presidencia-da-republica/>. Acesso em: 21 abr. 2020.

ZAMBERLAN, L. *et al.* **Pesquisa em ciências sociais aplicadas**. Ijuí: Unijuí, 2014.



## ANEXO B – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



Estado do Rio Grande do Sul  
Prefeitura Municipal de Santa Maria

### AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **GUILHERME RIBAS SMIDT**, abaixo assinado, Secretário de Município da Saúde da Prefeitura Municipal de Santa Maria – RS, AUTORIZO a realização do estudo **“ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL: MENSURAÇÃO DO CUSTO, TÉCNICAS PARA SUA REDUÇÃO E O CONSEQUENTE INCREMENTO DA RECEITA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA – RS”**, projeto registrado junto ao Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), a ser conduzido pelos pesquisadores: - Prof. Dr. Daniel Arruda Coronel, SIAPE 1844453, professor do Departamento de Economia e Relações Internacional/CCSH/UFSM e Professor Permanente dos Programas de Pós-Graduação (Stricto Sensu) em Gestão de Organizações Públicas /CCSH/UFSM e Agronegócios/Campus Palmeira das Missões/UFSM; - Elton Rogerio Teixeira Jacobi, Mat. 10.529, Agente de Processamento II, lotado na Coordenadoria de Tecnologia da Informação da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria e mestrando do Programa de Pós Graduação em Gestão de Organizações Públicas (PPGOP – UFSM).

Santa Maria, 01 de julho de 2021.

  
Guilherme R. Smidt  
Secretário de Município da Saúde  
Portaria nº 219/SMG/2020