



CERTIFICADO

La Asociación Uruguaya de Costos deja constancia de que

SHAIANE PISA KISTNER

ha expuesto el trabajo "Custos em saúde e os reflexos nos índices de saúde municipais e nos indicadores de absenteísmo das indústrias catarinenses" en el marco del

**X CONGRESO DE COSTOS DEL MERCOSUR
IX CONGRESO DE AURCO
V CONGRESO LATINOAMERICANO DE COSTOS**

19 y 20 de noviembre de 2020

CLAUDIO BARONE

Presidente de AURCO

ENRIQUE BARLA

Secretario de AURCO

Custos em saúde e os reflexos nos índices de saúde municipais e nos indicadores de absenteísmo das indústrias catarinenses

Shaiane Pisa Kistner

Brasil

Universidade Federal de Santa Catarina

E-mail: shaiane_pk@hotmail.com

Fernando Richartz

Brasil

Universidade Federal de Santa Catarina

E-mail: fernandorichartz@gmail.com

Palavras-chave: Custos em saúde. Índice de saúde. Indicadores de Absenteísmo. Santa Catarina. Indústrias Catarinenses.

Área Temática: Custos e Gestão no Setor Público e organizações sem fins lucrativos. Contabilidade de Custos.

Síntese

O objetivo do presente artigo é identificar as relações entre os custos de saúde e índices de saúde dos municípios de Santa Catarina e os indicadores de absenteísmo das indústrias catarinenses, referente à 2018. A amostra é formada por 293 dos 295 municípios presentes no estado, pois dois deles, Balneário Rincão e Pescaria Brava, foram emancipados em 2013 e ainda não divulgam esses dados. Os dados de absenteísmo consistem em números de afastamento do trabalho nas indústrias por motivo não ocupacional e estão presentes no sítio eletrônico da Federação das Indústrias do Estado de Santa Catarina (FIESC) e da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). Os dados sobre os custos em saúde situam-se no Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) dos municípios. Os dados sobre índices de saúde são coletados no sítio eletrônico da Federação Catarinense dos Municípios (FECAM). Como resultados pode-se concluir, por meio da análise direta entre custos em saúde e indicador de absenteísmo, que quanto maior o gasto em saúde, menor é o afastamento nas indústrias catarinenses. Os resultados da análise intermediária das variáveis indicam que, quanto maiores são os gastos em saúde do município, mais o índice de saúde aumenta. E, quanto maior o índice de saúde, menos dias de afastamento o município possui. Desta forma, as relações existentes entre as variáveis corroboram os objetivos da pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

O custo do absenteísmo é um importante agente definidor das flutuações dos custos das entidades (ROBBINS, 1999, *apud* BRESSAN, 2002; BUENO; PEDROZA; PEREIRA, 2011). A perda de produtividade, mesmo sem que ocorra a efetiva ausência do empregado, ocasionadas por doenças como enxaquecas e gripes, também acarretam custos para a empresa (BROUWER; KOOPMANSCHAP; RUTTEN, 1999). Desta forma, existe a necessidade de que a complexidade e proporção destes afastamentos sejam compreendidas para definir ações e soluções que almejam a melhoria da qualidade de vida de seus colaboradores. Conforme Raupp e Gaebler (2016), residem nas falhas internas os maiores custos que são, justamente, o *turnover* e o absenteísmo.

Portanto, o absenteísmo é caracterizado pela ausência imprevista do trabalhador à sua função, como faltas abonadas e injustificadas, licenças médicas, acidentes de trabalho, licença maternidade e paternidade, entre outras (GAIDZINSKI, 1994, *apud* MENDES; LIMA; PEREIRA, 2018). Essas ausências imprevistas geram custos à organização, impactando diretamente na produtividade, qualidade e na redução de lucros da companhia, pois, com a ausência de um colaborador a entidade deverá suprir a necessidade de determinada atividade com uma reposição imediata para cumprir o cronograma de produção, ocasionando uma sobrecarga de pessoal e, eventualmente, o dispêndio de recursos para saldar horas extras realizadas. Caso a ausência seja de um grande período, a companhia deverá repor o trabalhador, através de um novo recrutamento, contratação e treinamento (PALHETA; GUIMARÃES, 2017; MININEL *et. al.*, 2013; OLIVEIRA, GRANZINOLLI; FERREIRA, 2007).

Quem também sofre com problemas econômicos e com tais custos é o Sistema Público, já que, conforme a Lei 8.213 de 24 de julho de 1991, a partir do décimo sexto dia de afastamento do empregado, caberá ao Sistema Público, por meio do Sistema de Previdência Social, pagar ao segurado o salário devido. Até 15 dias de atestado médico, o ônus econômico-administrativo gerado pelo afastamento do empregado recai sobre o empregador (CASTEJÓN, 2002).

Segundo Mendes, Lima e Pereira (2018), Santa Catarina apresenta um dos maiores índices de benefícios concedidos pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPS) na condição de absenteísmo por doença, tanto na zona urbana quanto na zona rural. Dados do observatório da Federação das Indústrias do Estado de Santa Catarina (FIESC, 2019), indicam que o absenteísmo por doenças não ocupacionais, em 2018, foi equivalente a 92,30%, ou seja, esses afastamentos do trabalho, em sua maioria, não são relacionados a questões ocupacionais ou com a atividade profissional exercida, mas sim, com causas relacionadas ao indivíduo. Deste percentual, 78,18% são referentes a doenças não relacionadas ao trabalho, e o restante são afastamentos por motivos de licenças maternidade, licenças médicas e serviço militar. Sendo as principais doenças: transtornos mentais, lesões, doenças no sistema osteomuscular, tumores, doenças do sistema nervoso e doenças do aparelho digestivo (BRASIL, 2019c).

Assim, cabe ao sistema de saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e a iniciativa privada, aderir modelos para, de forma preventiva, evitar que os trabalhadores se afastem de seu ofício, investindo em atenção primária. A

Portaria 648 de 28 de março de 2006, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, estabelecendo meios para o Programa Saúde da Família, onde a Atenção Primária à Saúde (APS) é conceituada como um conjunto de ações ao indivíduo e ao grupo que procuram promover saúde, prevenir agravos, diagnosticar doenças, tratá-las e reabilitar o indivíduo.

De acordo com dados da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o Reino Unido evidenciou que a solução não é retirar dinheiro da APS, para subsidiar demais gastos, ao inserir em seu plano estratégico o aumento real de 12% nos recursos para esta modalidade nos próximos cinco anos (STURMER; HARZHEIM, 2016). A APS é vista como ponto principal de um sistema racional de saúde, já que é o primeiro contato com o paciente, se tornando contínuo e com características de prevenção (STARFIELD, 1994).

Em 2019, o Ministério da Saúde habilitou cerca de 9,9 mil equipes de serviços de APS, resultando no investimento de R\$ 233 milhões em todo o Brasil, estimando resolver até 85% dos problemas de saúde da população e, eventualmente, diminuindo o índice de afastamento do trabalho por doenças não ocupacionais. Em Santa Catarina, estes dados se resumem a R\$ 3,9 milhões em investimentos e 190 equipes de serviços de APS, trabalhando em 46 municípios (BRASIL, 2019a).

Portanto, parece consensual que o aumento de custos/investimentos em APS tendem a melhorar a qualidade de vida da população, pois, uma população mais saudável é obtida por investimentos em prevenção à saúde, visto que, ao aumentar os investimentos destinados à atenção primária, é adquirido melhor índice de cobertura de atenção básica, referindo-se à prevenção (ENGELAGE *et al.*, 2018). Do mesmo modo, é de se esperar que uma população mais saudável, com melhores índices de saúde, tenha menores índices de afastamento do trabalho, uma vez que, esses afastamentos, em maior parte, são não ocupacionais (ENGELAGE *et al.*, 2019). Com isso, o seguinte problema de pesquisa é estruturado: ***qual a relação entre os custos em saúde, os índices de saúde e os indicadores de absenteísmo nas indústrias catarinenses?***

Para responder à pergunta de pesquisa, o objetivo geral busca identificar a relação entre os investimentos e índices de saúde dos municípios de Santa Catarina e os indicadores de absenteísmo das indústrias catarinenses, referentes à 2018. A pesquisa é motivada por trazer contribuições teóricas acerca do tema que, atualmente, é pouco pesquisado e possui poucas publicações que estimam a eficácia de maiores investimentos em saúde. Também são trazidas contribuições práticas beneficiando empresas que pretendem implantar métodos para minimizar o absenteísmo, de modo que se espera identificar a relação entre os investimentos realizados, a qualidade de vida, por meio do índice de saúde, e o indicador de afastamento.

Este ponto é corroborado por Mininel *et al.* (2013), que afirma que são necessários estudos demonstrando os impactos dos afastamentos do trabalho para, além de identificar esses impactos decorrente das ausências, sinalizar vantagens para as empresas em investir em APS. Além das empresas, os benefícios da pesquisa também estão presentes nas políticas das três esferas do governo, uma vez que o Poder Público possui gastos elevados com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que, conforme abordado, detém despesas relativas a afastamentos por motivos de saúde do indivíduo.

A estrutura do presente estudo divide-se em cinco seções principais, sendo esta introdução a primeira delas. A segunda apresenta fundamentação teórica

acerca do tema de estudo, a terceira são os procedimentos metodológicos, a quarta seção engloba a análise e discussão de resultados, e por fim, as considerações finais como quinta seção. Ao final estruturam-se as referências utilizada ao longo do estudo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta seção apresenta, inicialmente, informações e conceitos a respeito das variáveis utilizadas na pesquisa. Com isso, pode-se identificar estudos realizados na área que podem contribuir com o resultado.

2.1 Custos em Saúde

Instituído a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88) e regido pela Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde – e pela Lei nº 8.142/1990, o SUS consiste nos serviços e ações relacionadas à saúde prestados por entes públicos de todas as esferas desde que mantidas pelo Poder Público. Tem o propósito de cumprir com o dever do Estado e o direito fundamental do ser humano ao acesso à saúde. Deste modo, o Orçamento da Seguridade Social (OSS) remete ao SUS os recursos necessários para o cumprimento de suas finalidades previstas, devendo estar de acordo com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) do ente que define o percentual a ser destinado à saúde anualmente. Além desta destinação, é previsto a arrecadação de recursos através de doações, alienações patrimoniais ou rendimentos de capital, taxas e multas arrecadadas no campo do SUS, prestação de serviços, desde que não comprometam a assistência à saúde, e demais rendas eventuais (Lei nº 8.142, 1990).

A solução para o adequado funcionamento do SUS parte do pressuposto de haver financiamento suficiente e correta gestão dos recursos obtidos (SALDIVA; VERAS, 2018). Países desenvolvidos, além de já destinarem parcelas consideráveis do seu Produto Interno Bruto (PIB), estão trabalhando com atenções voltadas à eficiência e efetividade dos gastos, já que maiores montantes investidos não refletem, necessariamente, melhores condições de saúde (HSIAO, 2007). Em 2016, o Brasil destinou cerca de 9,2% do seu PIB para investimentos em saúde, equivalente à U\$ 1.282 *per capita*, este percentual é relativamente baixo quando comparados a outros países que destinaram, em 2018, maiores percentuais do PIB, como: os Estados Unidos da América (EUA) com 16,9%, França e Alemanha com 11,2%, Suécia com 11,1%, Canadá com 10,7%, Reino Unido com 9,8%, Japão com 10,9%, Dinamarca com 10,5%, Austrália com 9,3% entre outros países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Porém, o Brasil está acima de países como: Espanha que possui 8,9%, Portugal com 9,1%, Chile com 8,9%, Colômbia com 7,2% e México com 5,5%. Além de estar acima da média de 8,8% da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2020).

Em Santa Catarina, os financiamentos em saúde eram, no ano de 2017, valorados em R\$ 1.149,00 *per capita*, considerando os recursos recebidos das três esferas governamentais. Ao considerar apenas recursos dispendidos pelos municípios, este valor passa a representar R\$ 868,90. A taxa média de crescimento do gasto nos últimos anos é de 4,2%, possuindo reduções apenas nos anos de 2013 e 2015, por outro lado, os municípios catarinenses destinaram, em média, 9%

a mais do que o mínimo exigido em lei, sendo a maioria voltada para atenção básica. A região com maior gasto *per capita*, em 2017, foi a Região Oeste (média de R\$ 883,15), e a região com menor gasto foi a Região Sul (média de R\$619,72, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2018).

Este custo ocorre de forma direta e preponderante no setor público. No setor privado é por meio de renúncias de arrecadações fiscais e ressarcimentos (PIOLA *et al.*, 2013). O financiamento público parte da aplicação anual, por meio dos Fundos de Saúde, de percentuais sobre: (i) Receita Corrente Líquida para a União, devendo alcançar no mínimo 15%; (ii) para os Estados e Distrito Federal, o percentual, estabelecido na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, é sobre o produto de arrecadação de impostos após dedução de transferências para os Municípios dispostos no art. 155 da CF/88, com limite mínimo de 15%; e (iii) para os Municípios, o percentual, também estabelecido na Lei Complementar nº 141 (2012), é sobre o produto de arrecadação dos impostos dispostos no art. 156 da CF/88, com limite mínimo de 15%.

A destinação do custo ocorre com pagamento direto aos prestadores de serviços, desde que de acordo com portaria estabelecida, ou transferências de recursos regulares e automáticos do Fundo Nacional diretamente aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Estes recursos custeiam a atenção básica dos municípios e a assistência de média e alta complexidade. Outras duas modalidades de financiamento do SUS são: a remuneração por serviços produzidos, caracterizada por pagamento direto ao prestador dos serviços que possui cadastro na rede do SUS; e convênios, que ocorre por meio de parcerias entre órgãos federais, estaduais e municipais, tais recursos devem ser utilizados para pagamento de Despesas Correntes e Despesas de Capital (BRASIL, 2003).

Além do financiamento, a gestão dos custos torna-se importante na área da saúde, pois, com as transferências de recursos, é necessária a correta destinação destes para que haja resultados eficazes. Em decorrência disto, se aplica o Plano Nacional de Gestão de Custos (PNGC) com ações para melhorar informações de custos e auxiliar no processo de tomada de decisão adequando a alocação dos recursos com maior eficiência (BRASIL, 2019b). Alguns indicadores afetados por maiores e mais eficazes gastos com saúde e o crescimento econômico são: produtividade do trabalhador, maior participação no mercado, economia, investimento em capital humano, entre outros. Já que pessoas mais saudáveis trabalham melhor, e por mais tempo (BLOOM *et al.*, 2005 *apud* HALICI-TÜLÜCE; DOĞAN; DUMRUL, 2016).

Romer (1986) evidenciou em sua pesquisa que a melhoria do capital humano, ou seja, do bem-estar da população, fortalece o crescimento econômico, sendo a recíproca verdadeira, posto que, de acordo com o autor, o crescimento econômico eleva o nível de melhoria do capital humano, com melhores condições de saúde e educação. Halici-Tülüce, Doğan e Dumrul (2016) corroboraram este resultado ao concluírem que maiores investimentos em saúde afetam positivamente a qualidade de vida, as habilidades humanas e suas condições de trabalho, conseqüentemente acelerando o crescimento econômico.

A respeito da China, Liu e Mills (2012) concluíram, por meio da implantação da nova política de redução de custos públicos do país, que a aplicação de recursos em saúde contribui para a melhoria das condições de vida e desenvolvimento econômico. Rascka, Dempster e Bryce (2013) analisaram os custo-benefícios de um programa regional do Canadá de prevenção e controle de infecções, onde o custo que não foi dispendido para tratamento, em decorrência da prevenção da

doença, foi considerado benefício, e encontraram a economia de U\$ 9,1 milhões (19% dos gastos totais) em contrapartida da redução de 4.739 casos de infecção urinária. Evidenciando que investimentos em prevenção geram redução de custos.

Desta forma, Lopes *et al.* (2009) concluíram que, além de investimentos e correta gestão de custos, outra característica que colabora com a eficiência da saúde é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), este resultado foi alcançado com a aplicação da Análise Envolvória de Dados (*Data Envelopment Analysis - DEA*) nos municípios cearenses, que relaciona os recursos (*inputs*) aplicados e os resultados (*outputs*) gerados comparando-os para identificar unidades produtivas eficientes e ineficientes.

Engelage *et al.* (2018), analisaram a aplicação eficiente de recursos públicos municipais do Estado de Santa Catarina, baseados em índices de saúde, através da estatística descritiva das variáveis e regressão para dados em painel, definindo como variáveis dependentes o índice de saúde dos municípios presentes no Índice de Desenvolvimento Sustentável dos Municípios Catarinenses (IDMS), e como variáveis independentes, o gasto *per capita* por subfunção de saúde. Assim, concluíram que os municípios de Santa Catarina destinam um alto percentual para à saúde em relação ao total do seu orçamento, variando entre 21% e 24%, sendo a atenção básica a principal área impactada.

Portanto, torna-se clara a importância de investimentos em saúde para a garantia de melhores condições de vida ao indivíduo, afetando positivamente a economia, que possui relação direta e crescente com melhores níveis de saúde. Além disto, é valioso dar a devida atenção à alocação destes investimentos para que haja o êxito no alcance dos objetivos das partes envolvidas. Assim, é de suma importância analisar os principais motivos que levam os trabalhadores a se ausentarem do trabalho e o impacto que tais investimentos acarretam a estes índices de afastamento.

2.2 Afastamento do trabalho

A porta de entrada dos serviços de saúde pública parte do pressuposto de que a organização de sistemas integrados de serviços à saúde, voltados à atenção primária, ocasiona na atenção menos onerosa e mais eficiente ao cidadão (STARFIELD, 1998). No Brasil, o dever do Estado de garantir acesso à saúde envolve ações com atenção básica, assistência hospitalar e ambulatorial, suporte profilático e terapêutico, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, alimentação e nutrição (BRASIL, 2014). A aplicação do conceito de porta de entrada torna-se conveniente por envolver ações de caráter preventivo que, conforme estudos trazidos anteriormente, melhoram à saúde da população, e, conseqüentemente, reduzem o indicador de absenteísmo, que em maior parte são de caráter não ocupacional (ENGELAGE *et al.*, 2019).

Briner (1996) evidencia que os índices de absenteísmo no mundo vêm se tornando cada vez mais altos, principalmente em países industrializados onde a mão de obra exigida é mais intensa. O autor (1996) indica que estes afastamentos muitas vezes têm relação com as condições de saúde populacional da comunidade em que o indivíduo está inserido. Foram afastados 328.578 trabalhadores (5,31% da população com carteira assinada) de sua função no ano de 2018 em Santa Catarina. Sendo os principais motivos ocupacionais: acidente de trabalho típico, doenças não relacionadas ao trabalho, acidente no trajeto do trabalho. E os principais motivos não ocupacionais: doenças não relacionadas ao trabalho, licença

a maternidade, licença sem vencimento e serviço militar (FIESC, 2020).

Yano e Santana (2012) evidenciaram em seu estudo que países como a Dinamarca possuem 7,6% de empregados afastados do trabalho, nos EUA esses afastamentos representam 3,2%, no Canadá o índice é de 1,78% e no Brasil o absenteísmo era representado por 13,5% quando se tratado de indústrias. O estudo foi desenvolvido com a população da cidade de Salvador por meio de entrevistas individuais, com o objetivo de mapear as condições de emprego e acidentes não fatais ocorridos no ambiente do trabalho, contudo, se concluiu que, frequentemente, as faltas por doenças relacionadas ao indivíduo são três vezes maiores que faltas por motivos ocupacionais.

Silva-Júnior (2017) realizou um estudo com 385 pessoas afastadas do trabalho por mais de 15 dias por motivo de doença não ocupacional com o objetivo de identificar o custo-efetividade entre o absenteísmo e a ação tomada para superá-lo. O problema de saúde pública mais importante, evidenciado pelo autor, é o adoecimento mental, indivíduos do sexo feminino detém maior tendência aos sintomas psiquiátricos, porém, o sexo masculino possui doenças mais graves. Mendes, Lima e Pereira (2018) observaram que, no Brasil, os maiores gastos com doenças que causam o absenteísmo são no sistema osteomuscular, tecido conjuntivo, lesões, envenenamentos, e transtornos mentais e comportamentais, sendo destaque a Região Sul.

Nogueira e Ferreira (2013, *apud* MENDES; LIMA; FERREIRA, 2017), em seu estudo, observaram as causas do absenteísmo, concluindo que 24,47% das licenças médicas são decorrentes de lesões e envenenamentos, as doenças no tecido osteomuscular e conjuntivo representam 17%, doenças no aparelho digestivo continham 9,67% das licenças médicas, por fim, 9,39% decorreram de transtornos mentais.

Castejón (2002) afirma que o absenteísmo acarreta consequências para a empresa e para o Sistema Público, aumentando a demanda pelo serviço público de saúde que avalia o trabalhador e sua (in)capacidade para sua atividade ocupacional. Araújo (2012) ressalta que, preferencialmente, esta assistência deve ser predominantemente na atenção primária, com o intuito de prevenir eventuais afastamentos, pois com a evolução no ambiente de trabalho, exigindo mais capital intelectual do indivíduo, proporciona melhoria no desenvolvimento de novos conhecimentos, competências e habilidades, mas exige mais esforços e aplica mais pressões sobre o trabalhador, podendo comprometer sua saúde física e/ou mental. Ainda segundo o autor (2012), o afastamento do trabalho tem se tornado um fenômeno de alta complexidade por dispender de diversas razões, causando reflexos além da produtividade ou qualidade da prestação de serviço, mas ocasionando em um indicador das condições de trabalho, qualidade de vida e relações de trabalho.

Mazzilli (2004) concluiu que, para evitar o absenteísmo, as empresas vêm empregando ações que desmotivam o trabalhador a faltar à sua função, sendo elas: medidas administrativas, como perda de prêmios de assiduidade, complemento de subsídio; exames médicos preventivos orientados ao funcionário, como vacinações; ações orientadas ao ambiente de trabalho, como a criação de um ambiente saudável, seguro e produtivo; e ações voltadas a reintegrar o indivíduo afastado facilitando seu retorno, como política de incentivos.

Ao analisar o absenteísmo e a rotatividade de funcionários em uma indústria gaúcha, Cardoso, Cardoso e Santos (2013), concluíram que estes afastamentos impactam no custo do produto no processo produtivo, diminuindo os resultados da

empresa no período em que houve mais afastamentos e, conseqüentemente, elevação dos custos. Nunes, França e Reis (2013), pesquisaram as principais causas da rotatividade e afastamento de três indústrias de São Sebastião do Paraíso – Minas Gerais, obtendo como resultado que as empresas com maiores índices de afastamentos e rotatividade possuem desequilíbrio produtivo, insatisfação dos trabalhadores e sobrecarga de trabalho, além do aumento de custos.

Andrade *et al.* (2017) concluíram que o investimento em saúde por parte das empresas e dos órgãos públicos não devem ser tratados como despesas, visto que estes afastamentos causam a eles prejuízos econômicos e produtivos. É necessário que este hábito faça parte da rotina das entidades, públicas ou privadas, implantando ações que promovam o bem-estar e a qualidade de vida, além de melhores condições de saúde.

Percebe-se que o problema é grave e um tema importante a ser tratado em decorrência de seus números expressivos e dos impactos, principalmente econômicos, nas empresas e no Poder Público. As questões acerca da extinção do afastamento do trabalho por doenças não ocupacionais decorrem de uma população mais saudável. O aumento da condição de saúde do coletivo, normalmente através de ações governamentais, gera o aumento do índice de saúde, que medem a qualidade de vida. Estes indicadores, por sua vez, à medida que avançam, podem impactar na diminuição das taxas de afastamento do trabalho. Assim, o estudo busca trazer as relações entre o custo em saúde, o índice de saúde e o indicador de absenteísmo.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O objeto de estudo baseia-se nas indústrias presentes nos 293 municípios catarinenses e os investimentos e índices de saúde destes. O Estado possui 295 municípios, porém, dois deles, Balneário Rincão e Pescaria Brava foram emancipados em 2013 e não divulgaram as informações requeridas na pesquisa.

A pesquisa exige a coleta de três dados distintos: (i) dados sobre absenteísmo; (ii) dados sobre o financiamento em saúde; (iii) dados sobre os índices de saúde. Os dados de absenteísmo referem-se ao ano de 2018, e consistem em números de afastamento do trabalho nas indústrias por motivo não ocupacional. Estes dados constam na plataforma do portal setorial da FIESC, segregados em doenças não relacionadas ao trabalho, licença a maternidade, licença sem vencimento e serviço militar. Demais dados necessários encontram-se na plataforma de Relação Anual de Informações Sociais (RAIS).

Os dados sobre financiamento em saúde situam-se no Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO), referente ao 6º semestre de 2018 dos municípios catarinenses, sendo dados originais da Secretaria do Tesouro Nacional (STN). Por fim, os dados sobre os índices de saúde são coletados no sítio eletrônico da Federação Catarinense dos Municípios (FECAM) com base no Sistema de Indicadores de Desenvolvimento dos Municípios Catarinenses (SIDEMS) e no Índice de Desenvolvimento Sustentável dos Municípios Catarinenses (IDMS), referentes à 2018.

A análise dos dados é realizada por meio da Regressão Linear, que trata de duas ou mais variáveis independentes para descrever a relação entre estas e as

variáveis dependentes, com objetivo de identificar a influência destas umas sobre as outras (FÁVERO; BELFIORE, 2020).

Esta análise é separada em três blocos, o primeiro consiste na análise da relação entre os investimentos municipais em saúde, analisados pela categoria de função que, segundo a Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999, é “o maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público”, e os indicadores de absenteísmo nas indústrias catarinenses, segregados por município. O segundo bloco analisa a relação entre os investimentos em saúde e os índices de saúde municipais. No terceiro bloco, é analisada a relação entre os índices de saúde municipais e os indicadores de absenteísmo das indústrias catarinenses.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

Nesta seção apresentam-se as análises descritivas das variáveis estudadas, para, em um momento seguinte, efetuar o cruzamento dos dados com o objetivo de identificar as relações de causa e efeito problematizadas no capítulo introdutório desta pesquisa.

4.1 Análise descritiva dos dados

Os dados dos investimentos em saúde em Santa Catarina, também tratados como gastos em saúde, são representados na Tabela 1, divididos por regiões.

Tabela 1 – Investimentos em saúde em Santa Catarina por Região, referente à 2018.

Região	Média dos Gastos em Saúde em Relação aos Gastos Totais – %	Média dos Gastos em Saúde <i>per capita</i> – R\$
Leste	23,15%	841,17
Norte	24,93%	861,65
Oeste	24,80%	1.144,29
Serrana	22,64%	944,91
Sul	23,00%	815,53
Vale	23,15%	927,47
Média Total	23,90%	987,74

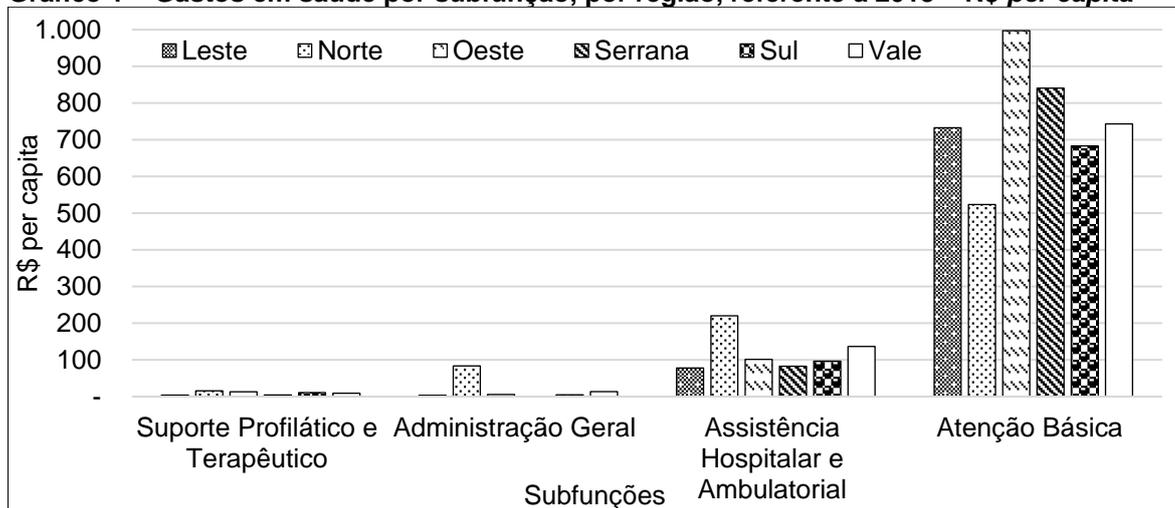
Fonte: elaborado pelos autores (2020).

A região com maior percentual de gastos em saúde em relação aos gastos totais dos municípios, como pode ser observado na Tabela 1, é a Região Norte (24,93%), e a com menor percentual é a Região Serrana (22,64%). A média do estado é de 23,90% no ano de 2018. Em relação aos gastos em saúde *per capita*, a Região Oeste foi a que destinou maior valor (R\$ 1.144,29) e a Região Sul destinou o menor valor (R\$ 815,53), referente à 2018. A média estadual de gastos com saúde *per capita* foi de R\$ 987,74, 12,03% a menos que a média de 2017 (IPEA, 2018).

O Gráfico 1 apresenta a média dos gastos em saúde por subfunção, em 2018, de acordo com a região. A subfunção com maior investimento no estado é a “Atenção Básica”, com média *per capita* de R\$ 826,21 e média em percentual do total destinado à saúde de 59,25%, situação semelhante foi identificada por Vieira (2018) ao analisar os custos em saúde de Santa Catarina de 2011 até 2016.

Separando por região, a Região Oeste foi a que mais destinou valores para a “Atenção Básica”, com a média de R\$ 997,43, seguida pela Região Serrana, com média de R\$ 840,49. A subfunção “Vigilância Sanitária” foi a que menos recebeu recursos, com a média das regiões de R\$ 0,01. Foram descartadas do Gráfico 1 as subfunções: Alimentação e Nutrição; Vigilância Epidemiológica; Vigilância Sanitária; e Demais Funções; por possuírem valores pequenos que distorcem o gráfico.

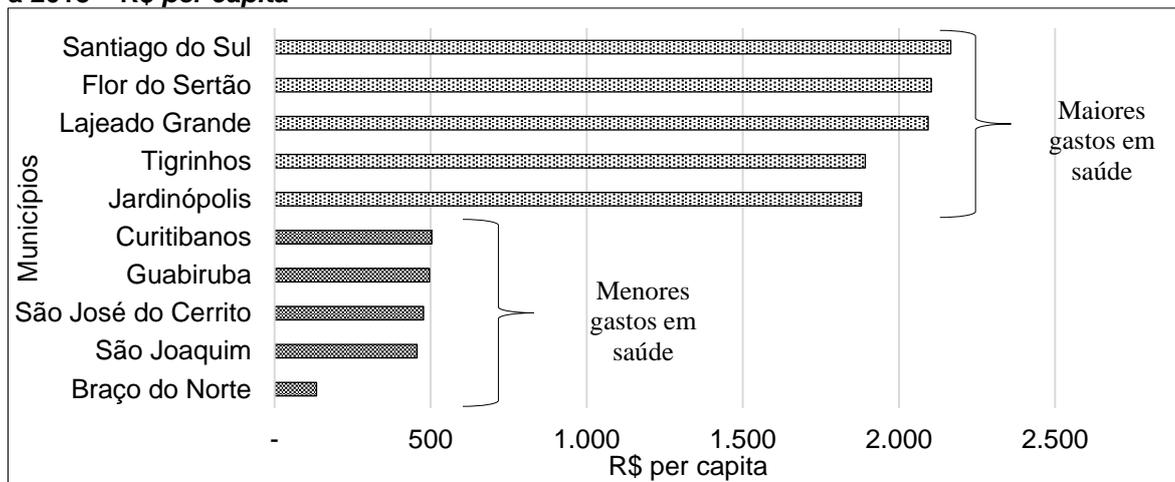
Gráfico 1 – Gastos em saúde por subfunção, por região, referente à 2018 – R\$ per capita



Fonte: elaborado pelos autores (2020).

O intervalo de gastos em saúde, por municípios, foi de 15,66% até 41,46% do total das despesas. Os municípios com menores percentuais de gastos em saúde foram Guabiruba (15,66%), Maracajá (16,28%), Ilhota (16,38%), Abdon Batista (16,69%) e Florianópolis (16,81%). E os com maiores percentuais de gastos em saúde foram Dionísio Cerqueira (41,46%), Rio do Sul (36,56%), Joinville (33,58%), Criciúma (33,40%) e Chapecó (32,46%).

Gráfico 2 – Municípios com maiores e menores gastos em saúde em Santa Catarina, referente à 2018 – R\$ per capita



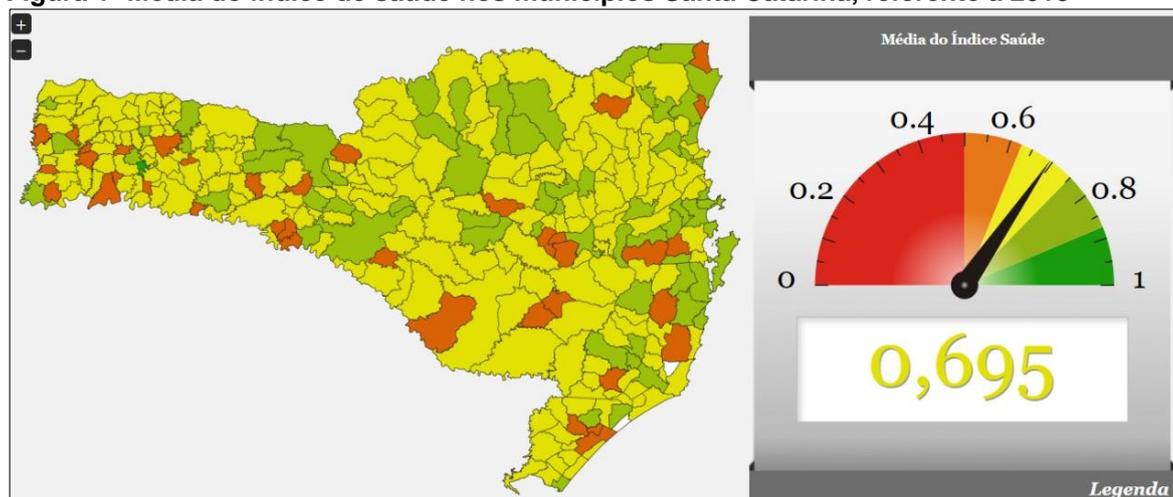
Fonte: elaborado pelos autores (2020).

O intervalo de gastos municipais em saúde, *per capita*, foi de R\$ 134,48 até R\$ 2.166,08, conforme o Gráfico 2. Os municípios com menores gastos *per capita*

foram Braço do Norte (R\$ 134,48), São Joaquim (R\$ 456,54), São José do Cerrito (R\$477,11), Guabiruba (R\$ 496,37) e Curitibanos (R\$ 503,26). E os com maiores gastos *per capita* foram Santiago do Sul (R\$ 2.166,08), Flor do Sertão (R\$ 2.103,69), Lajeado Grande (R\$ 2.093,65), Tigrinhos (R\$ 1.892,16) e Jardinópolis (R\$ 1.879,70).

A próxima variável utilizada é o “índice de saúde” de Santa Catarina, tratado pela subdimensão “Saúde”, que faz parte da dimensão “Sociocultural”. A média do índice, referente à 2018, é de 0,695 (Figura 1).

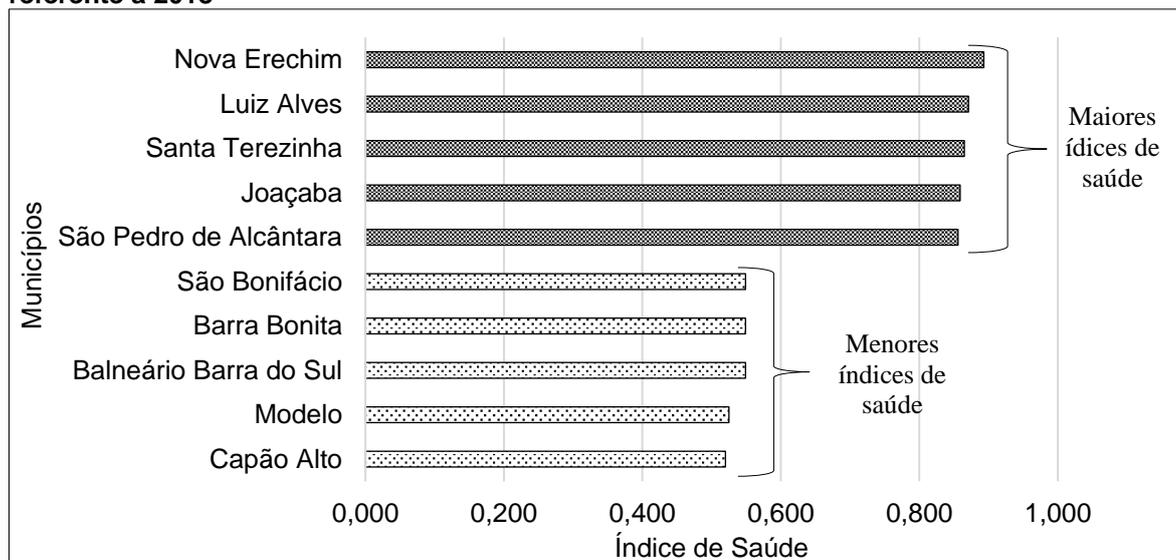
Figura 1- Média do índice de saúde nos municípios Santa Catarina, referente à 2018



Fonte: SIDEMS (2020).

Os municípios com melhores índices de saúde são: Nova Erechim (0,893), Luiz Alves (0,871), Santa Terezinha (0,865), Joaçaba (0,859) e São Pedro de Alcântara (0,856). E os municípios com os piores índices de saúde são: Capão Alto (0,520), Modelo (0,525), Balneário Barra Sul (0,549), Barra Bonita (0,549) e São Bonifácio (0,549) (SIDEMS, 2020).

Gráfico 3 – Municípios com 5 maiores e 5 menores índices de saúde em Santa Catarina, referente à 2018



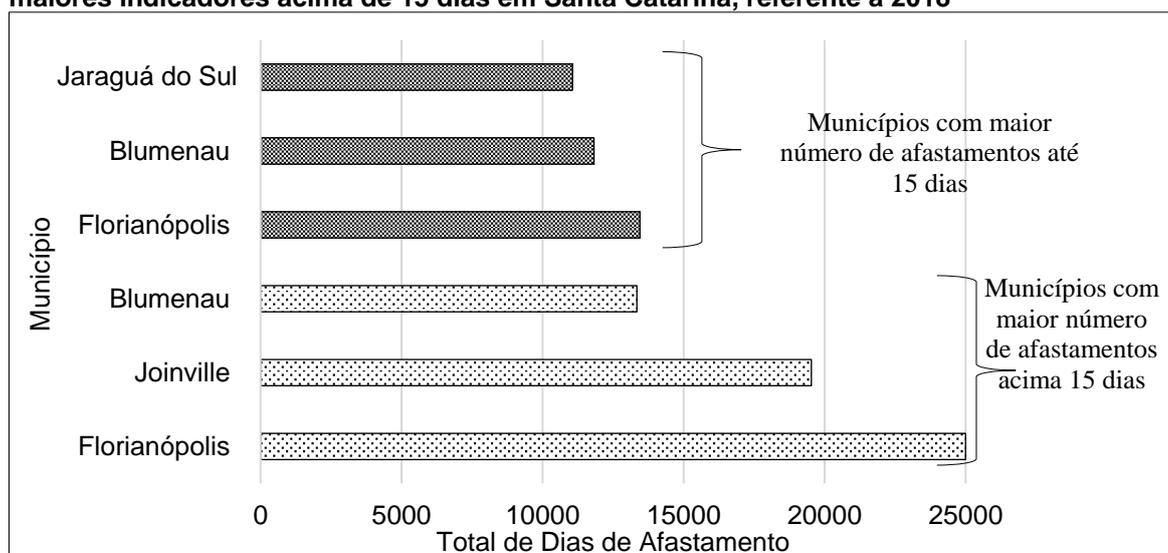
Fonte: elaborado pelos autores (2020).

Este índice é dividido em quatro outros indicadores, sendo que o indicador considerado ponto positivo, em relação à média do índice de saúde, é a “Cobertura da Atenção Básica”, com média de 0,880, composta por 130 municípios com o índice igual à 1,000 e tendo como município com menor índice o de Canoinhas (0,268). E o indicador considerado como negativo, que reduz a média geral, é a “Morbidade” composta apenas por “Incidência de Hipertensão”, com média de 0,393. Esta negatividade está associada aos 53 municípios cujo índice é zerado, e apenas 11 municípios com o índice 1,000. Os “Fatores de Risco e Proteção” possuem a média de 0,741, o município com menor índice é o de Abdon Batista (0,459) e o município com maior índice é o de Águas Frias (0,971). E a “Mortalidade”, com a média de 0,766, em que Capão Alto possui o menor índice (0,460) e Schroeder possui o maior índice (0,941) (SIDEMS, 2020).

Por fim, a última variável utilizada no estudo é o “indicador de absenteísmo”. Os números de absenteísmo são divididos em afastamentos até 15 dias, subsidiados pela entidade em que o vínculo empregatício está firmado, e afastamentos acima de 15 dias, subsidiados pelo Poder Público. A média de afastamentos até 15 dias, no ano de 2018, é de 403 dias, composto por 5 municípios que não possuíam nenhuma ausência desta modalidade, sendo eles: Entre Rios, Ibicaré, Santa Helena, São Bonifácio e Xavantina; e o município com maior número de dias de afastamentos até 15 dias é Florianópolis (13.452 dias), seguido por Blumenau (11.824 dias) e Jaraguá do Sul (11.062).

Os afastamentos superiores a 15 dias, em 2018, possuíam a média de 686 dias, sendo Paial o município com o menor número (11 dias), seguido por Leoberto Leal (19 dias), Chapadão do Lageado (20 dias) e Saltinho (20 dias). Os três maiores municípios em números de afastamentos subsidiados pelo Poder Público são: Florianópolis (24.998 dias), Joinville (19.531 dias) e Blumenau (13.344 dias). Com isto, o total de dias em que houvera o absenteísmo foi de 35 milhões, com a média de 119.399 dias por município em um total de 2,3 milhões de vínculos empregatícios.

Gráfico 4 – Municípios com os 3 maiores indicadores de absenteísmo até 15 dias e os 3 maiores indicadores acima de 15 dias em Santa Catarina, referente à 2018



Fonte: elaborado pelos autores (2020).

Ao tratar o absenteísmo *per capita* com afastamentos até 15 dias, com média de 0,010 dias *per capita*, destacam-se os municípios de Capinzal (0,084 dias *per*

capita), Treze Tílias (0,081 dias *per capita*), e Jaraguá do Sul (0,077 dias *per capita*). Desta forma, com os afastamentos superiores a 15 dias e com média de 0,023 dias *per capita*, destacam-se os municípios de Antônio Carlos (0,089 dias *per capita*), Florianópolis (0,059 dias *per capita*) e Joaçaba (0,056 dias *per capita*).

4.2 Relações entre as variáveis

Para as variáveis “custos em saúde”, “índice de saúde” e “indicador de absenteísmo”, foram realizados o teste de Kolmogorov-Smirnov para “verificar a normalidade univariada dos dados” (FÁVERO; BELFIORE, 2020, p. 196), o teste de *Variance Inflation Factor* (VIF) para verificar a “existência de altas correlações entre variáveis explicativas” (FÁVERO; BELFIORE, 2020, p. 541), conhecido por multicolinearidade, e o teste de Breusch-Pagan para verificar se os “resíduos não apresentam correlação com qualquer variável X” (FÁVERO; BELFIORE, 2020, p. 548), conhecido por heterocedasticidade. Os resultados demonstram normalidade dos dados e a ausência de multicolinearidade e heterocedasticidade, portanto, os dados são viáveis para realizar a análise de Regressão Linear.

Aplicando a regressão entre a variável independente “investimentos em saúde” *per capita*, e a dependente “indicadores de absenteísmo” em números absolutos, ambos referentes ao ano de 2018, a relação esperada foi obtida. Ou seja, a constante é positiva e o coeficiente é negativo, indicando que, para cada R\$ 1,00 *per capita* investido em saúde, o indicador de absenteísmo tende a reduzir 0,59 dias. Desta forma, se o gasto em saúde aumentar R\$ 100,00 *per capita* em determinado município, espera-se que a taxa de afastamento absoluto diminua 59 dias.

Após a análise direta entre os “investimentos em saúde” e o “indicador de absenteísmo”, foi realizada a regressão entre a variável independente “custos em saúde” e a dependente “índice de saúde” e entre a variável independente “índice de saúde” e a dependente “indicador de absenteísmo”, para analisar a relação das variáveis com intermediação, referentes a 2018.

A regressão entre os valores absolutos de “custos em saúde” e “índice de saúde”, com constante negativa e coeficiente positivo, indicou que, para R\$ 100,00 gastos em saúde, espera-se que o índice de saúde aumente 0,0000232. Por exemplo, se o município investir R\$ 1 milhão em saúde, o índice de saúde do município, que varia de 0 a 1, tende a aumentar 0,232, resultado esperado no estudo.

Por fim, a regressão entre o “índice de saúde” e o “indicador de absenteísmo”, ambas as variáveis *per capita*, demonstrou um resultado esperado, com constante positiva e coeficiente negativo. Indicando que, para cada aumento de 1,0 ponto no índice de saúde do município, espera-se que o indicador de absenteísmo diminua 81 dias. Como o índice de saúde varia entre 0 e 1, pode-se dizer que para cada 0,1 de aumento *per capita* deste índice no município, os afastamentos tendem a diminuir 8 dias *per capita*.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados analisados neste estudo, é possível considerar atingido o objetivo de identificar a relação entre os investimentos em saúde e os índices de

saúde dos municípios catarinenses e os indicadores de absenteísmo nas indústrias catarinenses, referente a 2018. As análises se deram por valores absolutos e *per capita*.

A partir da Regressão Linear realizada, concluiu-se que as relações existentes entre as variáveis são esperadas nesta pesquisa. O resultado da análise direta entre o “custos em saúde” *per capita* e o “indicador de absenteísmo” indica a existência de relação negativa entre as variáveis, em que, quanto maior o gasto em saúde, menor é o afastamento nas indústrias catarinenses, resultado corroborado por Engelage *et al.* (2019). Os resultados da análise intermediária das variáveis, utilizando o “índice de saúde” como ponte entre as duas outras variáveis, foram os que seguem.

A relação entre as variáveis “custos em saúde” e “índice de saúde” é positiva, portanto, quanto maiores são os gastos em saúde do município, mais o índice de saúde aumenta, indicando a melhora na qualidade de vida do trabalhador, resultado corroborado por Silva-Júnior (2012), Liu e Mills (2012), Halici-Tülüce, Doğan e Dumrul (2016) e Engelage *et al.* (2018). Por fim, a relação entre as variáveis “índice de saúde” *per capita* e “indicador de absenteísmo” *per capita* mostrou-se negativa, ou seja, quanto maior o índice de saúde do município, menos dias de afastamento o mesmo possui, indicando que uma população mais saudável tende a se afastar menos do trabalho por razões não ocupacionais, resultado corroborado por Engelage *et al.* (2019).

Constam como limitações da presente pesquisa a peculiaridade, pois não se pode concluir os mesmos resultados para outros estados ou outros anos analisados. Outra limitação é a defasagem temporal, tendo em vista que qualquer mudança na área da saúde, como investimentos, só terá impacto a longo prazo. Esta surge como sugestão de pesquisas posteriores, de analisar quando estas ações começam a impactar na saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. D.; FERRARI JUNIOR, G. J.; CAPISTRANO, R.; TEIXEIRA, C. S.; BELTRAME, T. S.; FELDEN, E. P. G. Absenteísmo na Indústria está associado com o Trabalho em Turnos e com Problemas no Sono. **Ciencia & Trabajo**, v. 19, nº 58, abr. 2017.

ARAÚJO, J. P. **Afastamento do trabalho**: Absenteísmo e presenteísmo em uma Instituição Federal de Ensino Superior. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasileira, DF, 13 jan. 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. **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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 24 jul. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde investirá mais R\$233,6 milhões em Atenção Primária**. Brasília, DF, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos, PNGC**. Brasília, DF, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cartilha indicadores SIOPS**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2018: uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Brasília, DF, 2019c.

BRASIL. Ministério do Orçamento e Gestão. **Portaria n.º 42, de 14 de abril de 1999**. Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I do § 1º do art. 2º e § 2º do art. 8º, ambos da Lei n.º 4.320, de 17 de março de 1964, estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 abr. 1999.

BRASIL, **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 mar. 2006.

BRESSAN, C. L. **Mudança Organizacional: uma visão gerencial**. Universidade São Francisco, Bragança Paulista, São Paulo, 2002.

BRINER, R. B. Absence From Work. **BMJ: British Medical Journal**, v. 313, n. 7061, p. 874-777, Out. 1996.

BROUWER, W. B. F.; KOOPMANSCHAP, M. A.; RUTTEN, F. F. H. Productivity losses without absence: measurement validation and empirical evidence. **Journal Elsevier**, v. 48, n. 1, p. 13-27, jul. 1999.

BUENO, E. C.; PEDROZA, P. V.; PEREIRA, J. B. **Absenteísmo: um estudo sobre as causas que levam colaboradores a se ausentarem da empresa**. Trabalho de Conclusão de Curso (Habilitação Profissional Técnico em Nível Médio em Administração). Centro Paula Souza, Birigui, São Paulo, 2011.

CARDOSO, M. F.; CARDOSO, J. de F.; SANTOS, S. R. dos. O impacto da rotatividade e do absenteísmo de pessoal sobre o custo do produto: um estudo em uma indústria gaúcha. **Revista de Gestão, Finanças e Contabilidade**, v. 3, n. 1, p. 107-121, 2013

CASTEJÓN, J. C. **El papel de las condiciones del trabajo en la incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral**. Tese (Doutorado em Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Preventiva). Universitat Autònoma de Barcelona, Belaterra, Barcelona, 2002.

ENGELAGE, E.; BORGERT, A.; BARBETTA, P.A.; RICHARTZ, F. Eficiência dos Gastos em Saúde para Mitigação dos Casos de Afastamento do Trabalho. In: XVI Congreso Internacional de Costos, Mendoza, Argentina. **Anais...** 25 a 27 de set. de 2019.

ENGELAGE, E.; REIS, L.S.; BORGERT, A.; BARBETTA, P.A. Reflexo da aplicação dos recursos públicos municipais nos indicadores de saúde em Santa Catarina. In: XXV Congresso Brasileiro de Custos, Vitória, ES, Brasil. **Anais...** 12

a 14 de nov. de 2018.

FÁVERO, L. P.; BELFIORE, P. **Manual de análise de dados: estatística e modelagem multivariada com Excel®, SPSS® e Stata®**. Rio de Janeiro, Gen, 2020.

FECAM, Federação Catarinenses de Municípios. **Indicadores**. 2020.

FIESC, Federação das Indústrias do Estado de Santa Catarina. **Afastamentos do Ambiente de Trabalho**. 2020.

HALICI-TÜLÜCE, N. S.; DOĞAN, I.; DUMRUL, C. Is income relevant for health expenditure and economic growth nexus? **International Journal of Health Economics and Management**, v. 16, p. 23-49, 2016.

HSIAO, W. C. Why is a systemic view of health financing necessary? **Health Affairs**. v. 26, n. 4, jul./ago. 2007.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. Rio de Janeiro, Ipea, 2018.

LIU, X.; MILLS, A. Financing reforms of public health services in China: lessons for other nations. **Social Science & Medicine**, v. 54, n. 11, p. 1691-1698, jun. 2012.

LOPES, D. A. F.; TROMPIERI NETO, N.; BARBOSA, M. P.; HOLANDA, M. C. Determinantes da eficiência dos gastos públicos municipais em educação e saúde: O caso do Ceará. **Economia do Ceará em Debate**, p. 57-72, 2009.

MAZZILLI, L. E. N. **Análise dos afastamentos do trabalho por Motivo odontológico em servidores públicos Municipais de São Paulo submetidos à perícia Ocupacional no período de 1996 a 2000**. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.

MENDES, N. C. F.; LIMA, D. V.; PEREIRA, J. M. O Impacto do Absenteísmo-Doença nas Despesas do Regime Geral de Previdência Social do Brasil. **Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios**, v. 11, p. 100-121, 2018.

MININEL, V. A.; FELLI, V. E. A.; SILVA, E. J. D.; TORRI, Z.; ABREU, A. P.; BRANCO, M. T. A. Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1290-1297, nov./dec. 2013.

NUNES, C. J.; FRANÇA, R. A.; REIS, C. P. Rotatividade e absenteísmo nas indústrias de pequeno e médio porte de São Sebastião do Paraíso, Estado de Minas Gerais. **Revista de Iniciação Científica das Libertas**, v. 3, n. 2, p. 21-41, dez. 2013.

OCDE, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. **Dados**.

2020.

OLIVEIRA, G. G. A.; GRANZINOLLI, L. M.; FERREIRA, M. C. V. Índice e características do absenteísmo dos servidores públicos da Universidade Federal de Viçosa. In: XXXI Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Anais...** 22 a 26 de set. de 2007.

PALHETA, C. A. F.; GUIMARÃES, M. G. V. Absenteísmo por motivo de doença: um estudo em uma indústria de polo industrial de Manaus. **Qualitas Revista Eletrônica**. v. 18, n. 1, jan./abr. 2017.

PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. S.; SÁ, E. B. de; PAIVA, A. B. de. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. **Fundação Oswaldo Cruz**, v. 4, p. 19-70, 2013.

RAIS, Relação Anual de Informações Sociais. **Microdados RAIS e CAGED**. 2020.

RASCKA, S.; DEMPSTER, L.; BRYCE, E. Health economic evaluation of an infection prevention and control program: Are quality and patient safety programs worth the investment? **American Journal of Infection Control**, v. 41, n. 9, p. 773-777, set. 2013.

RAUPP, F. M.; GAEBLER, D. M. Identificação e mensuração dos custos da qualidade e da não qualidade em uma indústria têxtil e de confecção. **Sistema & Gestão, Revista Eletrônica**, v.11, n. 3, p. 282-289, set. 2016.

ROMER, P. M. Increasing Returns and Long-Run Growth. **Journal of Political Economy**, v. 94, n. 5, p. 1002-1037, out. 1986.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gasto públicos com saúde: um breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 92, p. 47-61, 2018.

SIDEMS, Sistema de Indicadores de Desenvolvimento dos Municípios Catarinenses. **Índice de desenvolvimento municipal sustentável 2018: Metodologia de Cálculo**. 2020.

SILVA-JÚNIOR, J. S. **Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, out. 1994.

STARFIELD, B. Primary Care: balancing health needs, services, and technology. **Oxford University Press**, New York, 1998.

STURMER, P.; HARZHEIM, E. Investir na atenção primária é investir na saúde

das pessoas: o exemplo do Reino Unido. **TelessaúdeRS/UFRGS**, Rio Grande do Sul, 2016.

VIEIRA, I. C. **Um diagnóstico dos custos com saúde pública em municípios de Santa Catarina**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciência Contábeis). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

YANO, S. R. T.; SANTANA, V. S. Faltas ao trabalho por problemas de saúde na indústria. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 945-954, mai. 2012.