



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONTABILIDADE

Emanuele Engelage

Cost Stickiness em Unidades Públicas de Saúde:
Uma Análise sob a Ótica da Nova Sociologia Econômica

Florianópolis

2022

Emanuele Engelage

Costs Stickiness em Unidades Públicas de Saúde:
Uma Análise sob a Ótica da Nova Sociologia Econômica

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Contabilidade da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutor em Contabilidade.

Orientador: Prof. Altair Borgert, Dr.

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Engelage, Emanuele

Cost Stickiness em Unidades Públicas de Saúde : Uma
Análise sob a Ótica da Nova Sociologia Econômica / Emanuele
Engelage ; orientador, Altair Borgert, 2022.
281 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós-Graduação em
Contabilidade, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Contabilidade. 2. Costs stickiness. 3. Nova
Sociologia Econômica (NSE). 4. Saúde Pública. 5. Unidades
Básicas de Saúde (UBS). I. Borgert, Altair. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Contabilidade. III. Título.

Emanuele Engelage
Costs Stickiness em Unidades Públicas de Saúde:
Uma Análise sob a Ótica da Nova Sociologia Econômica

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Hans Michael Van Bellen, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof. Rudimar Antunes da Rocha, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof. Carlos Alberto Grespan Bonacim, Dr.
Universidade de São Paulo – USP Ribeirão Preto

Prof. Alceu Souza, Dr.
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutor em Contabilidade.

Profª. Ilse Maria Beuren, Dra.
Coordenadora do Programa

Prof. Altair Borgert, Dr.
Orientador

Florianópolis, 2022.

Dedico este trabalho a toda minha família, em especial a minha mãe, professora,
conselheira e amiga Neiva Rita Momo Engelage.

AGRADECIMENTOS

Ao longo dessa trajetória, meu coração e minha mente gozaram mais de dúvidas do que de certezas, o que é natural em um processo evolutivo. Muitos foram os fatos e as pessoas que contribuíram para que essas incertezas não me desmotivassem ou me desviassem dos meus objetivos. Com certeza, minha fé de que algo maior e mais poderoso age sobre nossos destinos me concedeu a força necessária para persistir. Por isso, agradeço a Deus por ter me concebido saúde, sabedoria e perseverança para construir uma trajetória que já considero vitoriosa.

Agradeço aos meus pais Altir e Neiva Engelage pelo amor, apoio e compreensão durante toda minha vida. Obrigado por sempre apoiarem meus sonhos, mesmo que isso significasse distância e saudade. Às minhas irmãs Michele e Fernanda e aos meus cunhados Joni e Fabrício, agradeço pelo amparo e pelos momentos de distração e alegria. Ao meu sobrinho e afilhado Francisco Henrique, agradeço o amor incondicional e a oportunidade de participar dos primeiros anos de sua vida, mesmo que, por muito tempo, à distância. Ao novo membro da família, João Lucas, saiba que o amor que sinto por você me traz uma alegria inimaginável e me torna ainda mais forte. Sem saber, vocês me proporcionaram motivação e perseverança para buscar sempre algo maior e melhor. Ao meu noivo Thiago Roberto Lazzarin, agradeço pelo apoio, paciência e amor. Foram muitos os dias que ficamos afastados e finais de semana de lazer abdicados, porém, essas ausências sempre foram compreendidas e as palavras de motivação e divertimento sempre estiveram presentes.

Sou grata pela oportunidade de cursar o Doutorado em uma instituição de renome e qualidade como a UFSC. Tenho certeza que os ensinamentos e oportunidades de aprendizagem concedidas pelos professores do Departamento de Ciências Contábeis engrandeceram muito minha trajetória. Aos professores Hans Michael Van Bellen, Rudimar Antunes da Rocha, Alceu Souza e Carlos Alberto Grespan Bonacim, que fazem parte da banca de avaliação deste trabalho, sou grata por aceitarem o convite e por todas as contribuições, que enriqueceram a minha pesquisa e minhas perspectivas como pesquisadora e como pessoa. Ser professor é um grande desafio que exige amor, dedicação e disciplina. Meu mais profundo respeito e admiração por todos vocês.

Ao professor Altair Borgert, agradeço por todos os conselhos e ensinamentos, que serão valiosos por toda minha vida. Aos amigos do Grupo de Gestão de Custos, agradeço o apoio recebido e os momentos de aprendizagem e diversão. Dentre as pessoas que já passaram

por esse grupo, dedico meu agradecimento especial à Denize Cavichioli, Dayana Trento, Flávia Renata de Souza, Fernando Richartz, Helen Gomes, João Abelino, Luiza Santangelo Reis, Manoel Ludwig, Thayse Moraes Elias, Rafaela Vieira Santos, Shaiane Pisa Kistner e Valkyrie Fabre, que me acompanharam durante o período do doutorado.

Aos colegas de curso agradeço a oportunidade de convivência e a troca experiências em sala de aula e fora dela. Vocês contribuíram muito para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Agradeço a todos os amigos que estiveram ao meu lado. Destaco atenção especial ao Eduardo e à Rafaela, com quem compartilhei muitas alegrias, angústias e conhecimentos, e à Dailene, Felipe e Betina, que já fazem parte da minha família. Valorizo muito nossa cumplicidade, companheirismo e amizade incondicional.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, por abrir as portas e permitir a realização dessa pesquisa. Em especial, sou grata pela confiança e dedicação de Daniela, Lucas e Nicole, do departamento de Assessoria de Planejamento Estratégico. Também, agradeço aos demais profissionais que contribuíram para que a pesquisa contemplasse o viés prático desejado, dentre esses nomes cito: Elisandra Erig Cruz, Fabrício Nezzi, Felipa Amadigi, Cristiano Cocco, Diana Michaelen, João Victor Garcia, Luana Renosto, Lucilene Paes, Maiara Gonçalves e Natália Miotto. Por fim, agradeço à CAPES, CNPQ e à FAPESC por todo incentivo recebido.

Essa é uma conquista que gostaria de compartilhar com todos!

“Mas, sejam fortes e não desanimem, pois o trabalho de vocês será recompensado”.

2 Crônicas 15:7

RESUMO

O objetivo geral desta tese é analisar como fatores explicativos dos *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde são condicionados pelo *embeddedness* social da Nova Sociologia Econômica. Para tanto, realiza-se três estudos sequenciais e complementares. Primeiramente, comprova-se o fenômeno, ao verificar o comportamento *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde. Em seguida, particularizam-se as características das unidades básicas (UBS) para investigar fatores explicativos, ou seja, o que dá origem a esse comportamento. Por fim, analisa-se como o *embeddedness* social condiciona esses fatores. Cada um dos estudos utiliza metodologias diferenciadas e perfaz resultados e conclusões próprias. No **Estudo 1**, adapta-se o modelo sistematizado por Anderson, Banker e Janakiraman (2003) e amplamente utilizado na literatura, quanto às *proxies* de mensuração. Utilizam-se os custos operacionais de cada unidade e se estabelece uma forma alternativa para mensurar o volume de atividade, com respeito à realidade e às particularidades do setor, ao ponderar os quantitativos de atendimento por um peso relativo ao seu esforço de execução. Os resultados indicam que, de modo geral, as unidades de saúde apresentam comportamento *super-sticky costs*, mas quando analisadas por nível de complexidade (atenção primária e especializada), ambas têm comportamento *anti-sticky costs*, com maior pegajosidade na atenção especializada. Já, as análises individuais (por unidade) indicam comportamentos diversos (*sticky*, *super-sticky*, *anti-sticky* ou *reverse costs*), o que reforça a importância de um olhar pormenorizado, seja para identificar diferentes comportamentos, interpretar os resultados ou para determinar as métricas utilizadas. Com base nesses resultados, na busca por maior especificidade e profundidade, o **Estudo 2** direciona-se exclusivamente às UBS. Utiliza-se uma listagem de 29 possíveis fatores explicativos identificados na literatura e consulta-se dois diretores de áreas estratégicas para captar suas percepções sobre as principais motivações e explicações desse comportamento, as quais são trianguladas com informações documentais. Todos os fatores investigados demonstram ligação com o comportamento dos custos, sendo que as maiores variações, em relação às proposições teóricas, se dão em função das variáveis que os representam. Assim, conclui-se que os fatores explicativos do comportamento *costs stickiness* são próprios de cada atividade, pois a forma com que são visualizados, mensurados e interpretados depende de suas características e particularidades. Com base nessa concepção, o **Estudo 3** agrega em especificidade e detalhamento, ao introduzir o conceito de *embeddedness* social. Para tanto, mapeia-se a rede social das UBS através de análise documental e da literatura, com validação e complemento de um especialista. Em seguida, discute-se como a relação de cada ator com as UBS condiciona dois dos fatores explicativos identificados anteriormente: o nível de tecnologia (dura, leve-dura ou leve) e o nível de especialização de pessoal, por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado junto aos diretores. Os resultados indicam que esses fatores são condicionados de diferentes maneiras pelos mais variados atores. Alguns possuem influência direta e proeminente, pois atuam como reguladores, ao normatizar, direcionar e instrumentalizar o trabalho e as políticas públicas. Outros trazem reflexos em suas práticas e demandas, pois, ao dispor de unidades para encaminhamento e referência, as UBS não precisam gozar desses serviços e estrutura. Portanto, ainda que, indiretamente, por estarem imersas (*embeddedness*) em um contexto social amplo, as UBS, suas ações e comportamentos, incluindo os *costs stickiness*, são constantemente condicionados por este meio.

Palavras-chave: *Costs stickiness*. *Embeddedness*. Fatores explicativos. Governamental. Nova Sociologia Econômica (NSE). Público. Saúde. Social. *Sticky Cost*. Unidades Básicas de Saúde (UBS).

ABSTRACT

The main purpose of this doctoral thesis is to analyze how explanatory factors of stickiness costs in Public Health Centers are conditioned by the social embeddedness of the New Economic Sociology. Therefore, three sequential and complementary studies have been carried out. Firstly, the phenomenon is confirmed by verifying the behavior of stickiness costs in Public Health Centers. After that, the characteristics of the health centers (HC) are particularized to investigate explanatory factors, that is, what leads to this behavior. Finally, the study analyzes how social embeddedness conditions these factors. Each of the studies uses different methodologies and results and they have been developed on their own. In **Study 1**, the model systematized by Anderson, Banker and Janakiraman (2003) and widely used in literature, regarding measurement proxies, is adapted. The operating costs of each center are used and an alternative way is established to measure the volume of activity, regarding the reality and particularities of the sector, by weighting the attendance numbers by a weight relative to its execution effort. The results indicate that, in general, health centers have a super-sticky cost behavior, but when analyzed by level of complexity (primary and specialized care), both present an anti-sticky cost behavior, with greater stickiness in specialized care. The individual analyzes (by unit) indicate different behaviors (sticky, super-sticky, anti-sticky or reverse costs), which reinforces the importance of a detailed look, whether to identify different behaviors, interpret the results or to determine the metrics used. Based on these results, in the search for greater specificity and depth, **Study 2** is directed exclusively to HC. A list of 29 possible explanatory factors identified in the literature is used and two directors of strategic areas are consulted to capture their perceptions on the main motivations and explanations of such behavior, which are triangulated with documentary information. All investigated factors demonstrate a connection with the behavior of costs, and the greatest variations, in relation to theoretical propositions, which are due to the variables that represent them. Thus, it is concluded that the explanatory factors of costs stickiness behavior are specific to each activity, since the way in which they are visualized, measured and interpreted depends on their characteristics and particularities. Based on this conception, **Study 3** adds specificity and detail by introducing the concept of social embeddedness. To this end, the HC social network is mapped through document and literature analysis, validated and complemented by a specialist. Then, it is discussed how each actor's relationship with the HC conditions two of the previously identified explanatory factors: the level of technology (hard, soft-hard or light) and the level of personnel specialization, through interviews with a script semi-structured by the directors. The results indicate that these factors are conditioned in different ways by the most varied actors. Some have direct and prominent influence, as they act as regulators, by standardizing, directing and instrumentalizing work and public policies. Others bring reflections on their practices and demands, because, by having units for forwarding and referral, the HC do not need to enjoy these services and structure. Therefore, even indirectly, because they are embedded (embeddedness) in a broad social context, the HC, their actions and behaviors, including stickiness costs, are constantly conditioned by this means.

Keywords: Costs stickiness. Embeddedness. Explanatory factors. Governmental. New Economic Sociology (NES). Public. Health. Social. Sticky Cost. Health Centers (HC).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo teórico da tese	36
Figura 2. Enquadramento metodológico	43
Figura 3. Comportamento dos custos	51
Figura 4. Unidades de saúde em análise, por nível de atenção	62
Figura 5. Etapas para cálculo manual da assimetria	67
Figura 6. Custos operacionais e sua distribuição por tipo de unidade de saúde	69
Figura 7. Variação percentual do custo operacional entre períodos.....	70
Figura 8. IVA e sua distribuição por tipo de unidade de saúde.....	71
Figura 9. Variação percentual do IVA entre períodos.....	71
Figura 10. Procedimentos metodológicos do Estudo 2	112
Figura 11. Fatores explicativos do comportamento <i>costs stickiness</i> identificados na literatura	114
Figura 12. Resultado dos <i>costs stickiness</i> nas UBS.....	118
Figura 13. Níveis de agregação da territorialização	133
Figura 14. População de Florianópolis por sexo e faixa etária.....	135
Figura 15. Cobertura populacional estimada pelas equipes - Florianópolis 2014/2018.....	140
Figura 16. Síntese dos fatores explicativos e possíveis formas de mensurá-los.....	161
Figura 17. <i>Embeddedness</i> e as perspectivas sub e supersocializada	182
Figura 18. Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as RAS	186
Figura 19. Estrutura operacional das RAS	188
Figura 20. Redes temáticas de atenção à saúde prioritárias	191
Figura 21. Componentes das redes temáticas de atenção à saúde prioritárias	191
Figura 22. Procedimentos metodológicos do Estudo 3	201
Figura 23. Rede social das UBS	203

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estudos sobre <i>costs stickiness</i> no contexto governamental e na saúde	53
Tabela 2. Constructos, variáveis e forma de mensuração do Estudo 1	65
Tabela 3. Custo operacional médio (em R\$) por unidade de cada tipo, em cada ano.....	69
Tabela 4. Resultado dos <i>costs stickiness</i> pelo modelo estatístico (geral).....	72
Tabela 5. Resultado dos <i>costs stickiness</i> para atenção primária e para atenção especializada.	73
Tabela 6. Resultado dos <i>costs stickiness</i> pelo cálculo manual para cada unidade de saúde.....	76
Tabela 7. Fatores explicativos do comportamento <i>costs stickiness</i>	102
Tabela 8. Resultado dos <i>costs stickiness</i> nas UBS pelo modelo estatístico	118
Tabela 9. Número total de trabalhadores da SMS de Florianópolis, por tipo de vínculo, de 2014 a 2018	146
Tabela 10. Redes temáticas prioritárias de saúde	190

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAA	<i>American Accounting Association</i>
AACD	Associação de Assistência à Criança Deficiente
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACAM	Associação Catarinense de Assistência ao Mucoviscidótico
ACBG	Associação de Câncer de Boca e Garganta
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACIC	Associação Catarinense para Integração do Cego
ADEH	Associação em Defesa dos Direitos Humanos com Enfoque na Sexualidade
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AIS	Áreas de Interesse Social
AMA	Associação dos Pais e Amigos de Autista
AMB	Associação Médica Brasileira
AMUCC	Associação Brasileira de Portadores de Câncer
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária de Saúde
ASF	Associação Saúde da Família
ASGF	Associação de Surdos da Grande Florianópolis
B3	Brasil, Bolsa, Balcão – Bolsa de Valores do Brasil
BCB	Banco Central do Brasil
BP	<i>Breusch-Pagan</i>
CAPPS	Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
CAPS	Centros de Atendimento Psicossocial
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPSI	Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CCFV	Centro de Convivência e Fortalecimento de Vínculo
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CCR	Centro Catarinense de Reabilitação
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEART	Centro de Artes UDESC
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEDRA	Centro de Avaliação, Reabilitação e Desenvolvimento da Aprendizagem
CENTRO POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CEO	<i>Chief Executive Officer</i>
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CERAC	Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGF	Conselho Federal de Farmácia
CGFa	Conselho Federal de Fonoaudiologia
CGC	Conselho Federal de Contabilidade
CGM	Conselho Federal de Medicina
CGO	Conselho Federal de Odontologia
CGP	Conselho Federal de Psicologia
CGT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIENP	Centro de Inovação e Ensaios Pré-clínicos
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMDCA	Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente
CMN	Conselho Monetário Nacional
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNAIDS	Comissão Nacional de AIDS
CNAR	Consultórios na Rua
CNEN	Comissão Nacional de Energia Nuclear
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPS	Conselho Nacional de Seguros Privados
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem

COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
COMAD	Conselho Municipal Antidrogas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COVID-19	Coronavírus (SARS-CoV-2)
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CREMUV	Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência
CRIE	Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
CRM	Conselho Regional de Medicina
CS	Centros de Saúde
CST	Comissão de Saúde do Trabalhador
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DCNT	Doença Crônica Não Transmissíveis
DGITIS	Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i>
DS	Distritos Sanitários
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DW	<i>Durbin-Watson</i>
EPI	Equipamento de proteção individual
eAB	Equipe de Atenção Básica
ECNR	Equipe de Consultório na Rua
EnANPAD	Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família

ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FC	Fluxo de Caixa
FENAESS	Federação Nacional dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
FENAPSI	Federação Nacional dos Psicólogos
FETRAMS	Federação das Entidades e dos Trabalhadores do Ministério da Saúde
FNE	Federação Nacional dos Enfermeiros
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS
GGC	Grupo de Gestão de Custos
GTA	Grupo Técnico de Atenção
HEMOSC	Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	<i>Human Papilloma Virus</i>
HU	Hospital Universitário
IAP	Instituto de Anatomia Patológica
IASO	Instituto de Amparo à Saúde Ocular
IATEL	Instituto de Audição e Terapia da Linguagem
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFRS	<i>International Financial Reporting Standard</i>
ILPI	Instituição de Longa Permanência
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
IPQ	Instituto de Psiquiatria
IPSAS	<i>International Public Sector Accounting Standards</i>
IVA	Índice do Volume de Atividade
IVA proc	Índice do Volume de Atividade por Procedimento
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LAMUF	Laboratório de Saúde Pública do Município de Florianópolis

LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual +
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOG	Logaritmo Natural
LOT-R	<i>Life Orientation Test Revision</i>
LPE	Legislação de Proteção ao Emprego
MO	Mão de Obra
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NBC TSP	Normas Brasileiras de Contabilidade Técnicas do Setor Público
NSE	Nova Sociologia Econômica
OECD	<i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>
ONG	Organização Não-Governamental
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OPM	Órteses/Próteses e Materiais Especiais
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PAS	Programa Academia da Saúde
PACK	<i>Practical Approach to Care Kit</i>
PCASP	Plano de Contas Aplicado ao Setor Público
PDF	<i>Portable Document Format</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PIPCP	Plano de Implantação dos Procedimentos Contábeis Patrimoniais
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos
POP	Procedimento Operacional Padrão
PP	Partido Progressista
PPGC	Programa de Pós-Graduação em Contabilidade
PRTB	Partido Renovador Trabalhista Brasileiro

PSD	Partido Social Democrático
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RCPD	Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REML	<i>Restricted Maximum Likelihood</i>
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RFCC	Rede Feminina de Combate ao Câncer de Florianópolis
RPDC	Rede de Atenção à Pessoa com Doenças e Condições Crônicas
RH	Recursos Humanos
ROA	Retorno sobre os Ativos
ROE	Retorno sobre o Patrimônio
RT	Rede Temática
RPDC	Rede de Atenção à Pessoa com Doenças e Condições Crônicas
RREO	Relatório Resumido da Execução Orçamentária
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAE	Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESC	Serviço Social do Comércio
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SICONFI	Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIH SUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS

SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
STF	Supremo Tribunal Federal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFP	Teoria das Finanças Públicas
TEP	Teoria das Escolhas Públicas
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UCI	Unidade de Cuidado Intermediário
UCINCo	Unidade de Terapia Intensiva para Pacientes Críticos Convencional
UFECO	União Florianopolitana de Entidades Comunitários
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USP	Unidade de Saúde Prisional
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIF	Fator de Inflação da Variância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
1.1	JUSTIFICATIVAS E CONTRIBUIÇÕES	37
1.1.1	Teóricas	38
1.1.2	Práticas	39
1.2	DELIMITAÇÕES DO ESTUDO	41
1.3	ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	43
2	ESTUDO 1: <i>COSTS STICKINESS</i> EM UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE: EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS NO BRASIL	46
2.1	RESUMO	46
2.2	INTRODUÇÃO	46
2.3	REFERENCIAL TEÓRICO	50
2.4	DESENVOLVIMENTO DAS HIPÓTESES	57
2.5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	59
2.5.1	População e amostra	60
2.5.2	Coleta, tratamento e análise dos dados	62
2.6	RESULTADOS	68
2.6.1	Custos operacionais	68
2.6.2	Índice do volume de atividade (IVA)	70
2.6.3	Modelo geral	72
2.6.4	Modelo por nível de complexidade	73
2.6.5	Análise e discussão dos resultados	74
2.7	CONCLUSÕES	82
2.8	REFERÊNCIAS	85
3	ESTUDO 2: FATORES EXPLICATIVOS DO COMPORTAMENTO <i>COSTS</i> <i>STICKINESS</i> EM UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE	93
3.1	RESUMO	93

3.2	INTRODUÇÃO	93
3.3	REFERENCIAL TEÓRICO	97
3.4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	111
3.5	RESULTADOS.....	118
3.5.1	Ambiente macroeconômico	119
3.5.2	Ano eleitoral e Origem política	121
3.5.3	Assimetria informacional e Sistemas de informação	123
3.5.4	Atraso nos ajustes de custos	126
3.5.5	Desempenho financeiro	127
3.5.6	Decisão deliberada dos gestores	128
3.5.7	Problemas de agência / construção de império / governança corporativa.....	130
3.5.8	Localidade (estado / região / país).....	132
3.5.9	Distribuição populacional.....	134
3.5.10	Influências sociais	136
3.5.11	Capacidade utilizada e tamanho	139
3.5.12	Estrutura de custos.....	141
3.5.13	Nível de especialização de pessoal.....	142
3.5.14	Legislação de proteção ao emprego (LPE) / intensidade de uso de mão de obra	144
3.5.15	Mudança normativa / imposições legais e Regulamentação de mercado (preço)	147
3.5.16	Formas de aquisição de recursos	149
3.5.17	Sistemas orçamentários	150
3.5.18	Intensidade de estoque	152
3.5.19	Intensidade de imobilizados	153
3.5.20	Fluxo de caixa disponível.....	155
3.5.21	Intensidade de ativos e Intensidade de passivos / intensidade da dívida.....	155
3.5.22	Nível de tecnologia.....	157

3.5.23	Pluralidade e natureza crítica dos serviços.....	158
3.5.24	Magnitude das variações / custos de ajustamento de recursos	158
3.6	CONCLUSÕES.....	159
3.6.1	Síntese dos resultados.....	160
3.6.2	Contribuições e recomendações	162
3.7	REFERÊNCIAS.....	164
4	ESTUDO 3: <i>EMBEDDEDNESS</i> SOCIAL E FATORES EXPLICATIVOS DOS <i>COSTS STICKINESS</i> EM UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE.....	175
4.1	RESUMO	175
4.2	INTRODUÇÃO	175
4.3	REFERENCIAL TEÓRICO	179
4.3.1	Nova sociologia econômica (NSE).....	180
4.3.2	Redes de atenção à saúde (RAS)	184
4.3.3	Fatores explicativos dos <i>costs stickiness</i>	192
4.3.3.1	<i>Nível de tecnologia</i>	192
4.3.3.2	<i>Nível de especialização de pessoal</i>	194
4.4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	196
4.5	RESULTADOS.....	201
4.5.1	Mapeamento da rede social das UBS.....	201
4.5.2	Condicionantes sociais do nível de tecnologia e de especialização de pessoal...	212
4.6	CONCLUSÕES.....	225
4.7	REFERÊNCIAS.....	227
5	CONCLUSÕES DA TESE	237
6	REFERÊNCIAS DA TESE	240
	APÊNDICE A – Conceitos Relacionados aos <i>Costs Stickiness</i>	261
	APÊNDICE B – Listagem das Unidades Contempladas no Estudo	262
	APÊNDICE C – Gráficos para Verificação do Ajuste do Modelo (Estudo 1)	264

APÊNDICE D – Organograma - Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.....	265
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	266
APÊNDICE F – Roteiro de Entrevista (Estudo 2).....	271
APÊNDICE G – Gráficos para Verificação do Ajuste do Modelo (Estudo 2 - UBS).....	276
APÊNDICE H – Mapa de Regionalização das UBS.....	277
APÊNDICE I – Mapa das Áreas de Interesse Social (AIS).....	279
APÊNDICE J – Roteiro de Entrevista (Estudo 3).....	280
APÊNDICE K – Resumo dos Elementos de Análise (Estudo 3).....	282

1 INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, os custos são retratados sob duas perspectivas: fixos, que permanecem inalterados para a capacidade instalada; e variáveis, cuja alteração se dá de forma mecanicista, simétrica e proporcional às variações do volume, direcionada por sua amplitude¹ (Anderson, Banker, & Janakiraman, 2003; Noreen & Soderstrom, 1997; Banker & Byzalov, 2014; Zanella, Oyelere, & Hossain, 2015). No entanto, tal pressuposto é questionado por uma variedade de estudos (Zanella *et al.*, 2015). Para Benston (1966), Malcom (1991) e Noreen e Soderstrom (1994; 1997) a suposição de linearidade não é válida, uma vez que existem custos que podem ser implementados no curto prazo, porém, necessitam de mais tempo para serem descontinuados quando o volume diminui.

Apesar das discussões anteriores, Anderson *et al.* (2003) foram os primeiros a sintetizar um modelo que comprova que a magnitude de mudança nos custos para aumentos no volume de atividade é diferente da magnitude de mudança para diminuições num valor equivalente², ou seja, os custos não se ajustam linear e simetricamente às mudanças no nível de produção (Ali, Shafiq, Gillani, & Anwar, 2021). Portanto, a variação dos custos não depende apenas da intensidade de variação do volume de atividade, mas, também, da direção dessa mudança (Noreen & Soderstrom, 1997; Banker & Byzalov, 2014).

Esse comportamento foi denominado por Anderson *et al.* (2003) como *sticky costs*, uma vez que os resultados de seu estudo indicaram que quando as receitas – utilizadas como *proxy* do volume de atividade – aumentam, os custos de vendas, gerais e administrativos aumentam numa dimensão superior do que reduzem quando as receitas diminuem, ou seja, há uma ‘pegajosidade’ ou ‘grudência’ dos custos. Mais tarde, com a comprovação de um comportamento inverso, onde os custos aumentam menos para elevações da receita do que diminuem quando estas reduzem numa mesma proporção (Balakrishnan, Petersen, & Soderstrom, 2004; Banker, Byzalov, & Chen, 2013), o que Weiss (2010) denominou *anti-sticky costs*, passou-se a intitular o fenômeno, indiferente do sentido em que ele ocorra, como *costs stickiness*. No Brasil, Medeiros, Costa e Silva (2005) foram os precursores da temática.

¹ Contabilmente, os modelos de custeio, também, podem retratar os custos como diretos ou indiretos. Contudo, nesta tese, utiliza-se a perspectiva de custos fixos e variáveis, que deriva da escola marginalista da economia.

² Noreen e Soderstrom (1997) foram os primeiros a testar o comportamento assimétrico dos custos, usando dados de hospitais de Washington (Estados Unidos da América - EUA). No entanto, seus resultados foram inconclusivos.

Os autores utilizaram o termo comportamento assimétrico dos custos que, apesar de não ser uma tradução literal, busca transpassar o mesmo significado.

Após o estudo de Anderson *et al.* (2003) ocorreu uma expansão das pesquisas relativas ao tema. Malik (2012), em sua síntese da literatura, divide essas pesquisas em três etapas: i) evidenciação; ii) identificação de fatores explicativos, ou seja, determinantes do comportamento assimétrico dos custos; e iii) análise das consequências para os *stakeholders*. Com a comprovação do fenômeno em diferentes países e contextos³, alguns autores consideram a fase de evidenciação já consolidada, referindo-se à identificação de fatores explicativos como o enfoque atual das pesquisas (Malik, 2012; Richartz & Borgert, 2021). Contudo, a maioria dos estudos, inclusive os que tratam de evidenciação, concentra-se em empresas privadas, de capital aberto, que têm informações financeiras divulgadas publicamente (Hosomi & Nagasawa, 2018a). Portanto, alguns contextos ainda carecem de comprovações e análises do fenômeno, como a gestão pública, onde os indícios são limitados. Isso porque, segundo Nagasawa (2019) os serviços públicos tendem a ser desconsiderados por adotarem um sistema contábil diferente e não possuem campos comerciais competitivos.

Todavia, há exemplos de estudos sobre *costs stickiness* na gestão pública, como: Cohen, Karatzimas e Naoum (2017), em municípios da Grécia; Bradbury e Scott (2018) em municípios da Nova Zelândia; Wu, Young, Yu e Hsu (2019) em escolas de Taiwan; e Campagnoni, Fabre, Borgert, & Rover (2021) e Fabre (2021) em municípios de Santa Catarina. Além disso, há estudos aplicados em empresas públicas (Hosomi & Nagasawa, 2018a; 2018b; Nagasawa, 2018; 2019; Nagasawa & Nagasawa, 2021) e em hospitais financiados com recursos públicos, cuja prestação de serviços assistenciais é responsabilidade de instituições sem fins lucrativos (Balakrishnan & Gruca, 2008; Holzacker, Krishnan, & Mahlendorf, 2015a).

Apesar dessas iniciativas, devido às características dos países e dos contextos onde foram aplicados, com proximidade à contabilidade comercial (empresas privadas), esses estudos pouco se distinguem do formato original, proposto por Anderson *et al.* (2003), que

³ Para Banker e Byzalov (2014) este é um fenômeno global e generalizado. Sua comprovação já se deu em diversos países (Calleja, Steliaros, & Thomas, 2006; Banker & Chen, 2006; Marques, Santos, Lima, & Costa, 2014; Pamplona, Fiirst, Silva, & Zonatto, 2016), diferentes setores e empresas (Subramaniam & Watson, 2016; Dos Santos, Catapan, De Oliveira, & Soares, 2017; Richartz & Borgert, 2021), entre departamentos de uma mesma empresa (Balakrishnan & Gruca, 2008) e para diferentes categorias de custo (Anderson *et al.*, 2003; Pamplona *et al.*, 2016; Reis & Borgert, 2019; Avelar, Santos, Souza, & Cailleau, 2021). Para mais informações, sugerem-se estudos de síntese literária como Malik (2012) e Reis e Borgert (2018).

utiliza as receitas como forma de mensurar o volume de atividade (Cohen *et al.*, 2017; Bradbury & Scott, 2018; Hosomi & Nagasawa, 2018a; 2018b; Nagasawa, 2018; 2019; Nagasawa & Nagasawa, 2021). Contudo, muito tem se discutido sobre as limitações dessa *proxy*, inclusive quando aplicada a empresas privadas, visto que as receitas podem ser impactadas por outros fatores que não se relacionam apenas com o volume, como as flutuações no preço de venda (Anderson & Lanen 2009; Dalla Via & Perego, 2013; Guenther, Riehl, & Röbber, 2013; Banker & Byzalov, 2014; Cannon, 2014; Holzhacker, Krishnan, & Mahlendorf, 2015b; Richartz, 2016; Hoffmann, 2017) e os estoques mantidos pelas empresas (Dalla Via & Perego, 2013).

Mesmo com as críticas recebidas, muitos autores defendem que essa métrica traz uma representação adequada da realidade organizacional. Para Banker e Bysalov (2014), há dois motivos principais pela difusão do uso da receita para mensurar volume de atividade: (i) os dados de saída/produção física, normalmente, não estão disponíveis, pois não constam em bancos de dados padrão; e (ii) mesmo quando disponíveis, em muitos casos, a receita torna-se uma medida empírica de atividade mais apropriada, visto que as unidades físicas não são comparáveis entre produtos/serviços e, ainda que dentro de uma mesma categoria de produtos, não são comparáveis entre empresas. Assim, dada a necessidade dessas unidades serem convertidas em uma escala comum para se tornarem análogas, a receita de vendas demonstra-se uma variável profícua, ao passo que responde a esse atributo (Banker & Bysalov, 2014). Além disso, em campos de negócios competitivos, os erros de medição pelo efeito potencial do preço tendem a ser minimizados (Nagasawa & Nagasawa, 2021).

Dados esses argumentos e as características do setor, verifica-se que na gestão pública a limitação no uso da receita pode acentuar-se. Hosomi e Nagasawa (2018a) afirmam que não existem medidas puramente governamentais equivalentes à *proxy* utilizada no âmbito privado, visto que grande parte das receitas advém de arrecadações de impostos, porém, cobranças compulsórias podem não representar o nível de atividade. Além disso, ao justificar o direcionamento às empresas públicas, Hosomi e Nagasawa (2018a; 2018b) e Nagasawa (2019) elencam fatores que diferenciam essas instituições do contexto puramente público, como o fato de não serem gerenciadas diretamente pelos chefes de governos locais, mas por administradores de cada serviço; utilizarem processos baseados no sistema contábil corporativo do âmbito privado; e buscarem constantemente a racionalidade econômica, com um modelo que gere lucros ativamente, visto que os impostos públicos oferecem apenas

suporte limitado aos seus serviços. Assim, ao buscar proximidade com o ambiente privado, os autores tratam esses requisitos como limitantes para análises exclusivas na gestão pública.

Em oposição, Cohen *et al.* (2017) e Bradbury e Scott (2018) direcionam-se justamente a esse contexto. Ambos os estudos analisam governos locais e utilizam a receita como *proxy* de volume de atividade, sob o principal argumento de que os sistemas contábeis municipais daqueles países se aproximam da contabilidade de empresas privadas, com a adoção de técnicas e políticas como o regime competência, orçamentos baseados em produtos e custeio baseado em atividades. Mesmo na Nova Zelândia, onde há exigência legal pelo equilíbrio orçamentário (com possibilidade de exceções caso o conselho decidir que é prudente financeiramente), Bradbury e Scott (2018) afirmam que o uso da receita é válido, porém, ressaltam que, dada a influência desses fatores, o modelo padrão de custo-receita pode ser menos aplicável. Isso porque, obtiveram coeficientes de determinação (R^2) consideravelmente inferiores do que estudos realizados em instituições sem fins lucrativos e em empresas privadas, o que, segundo os autores, sugere que os custos podem estar mais fortemente relacionados à demanda pública do que às mudanças na receita.

Para Cohen *et al.* (2017) e Wu *et al.* (2019) há diferenças substanciais nos ambientes governamentais que ainda precisam ser mais bem explorados, como: os sistemas orçamentário e de contabilidade e seus efeitos como o *flypaper*⁴, o *budget ratcheting*⁵ e o gasta ou perde; a ausência de mercado e de um comportamento de busca por lucro (esforços para obtenção de receita); a forte influência política; as preocupações de carreira e de reeleição; os níveis de burocracia; as expectativas de demanda futura; e o forte apelo social.

No contexto governamental brasileiro, verifica-se muitos dos fatores elencados acima, que podem, em partes, influenciar os *costs stickiness*, sendo considerados fatores explicativos, mas que, também, podem demandar controles e ponderações prévias, a fim de não distorcer as análises, principalmente quando do uso da receita. Como exemplo, cita-se a influência das variações entre as formas de registro e análise das informações, visto que o Plano de Contas Aplicado ao Setor Público (PCASP) brasileiro, contempla três naturezas: patrimonial, orçamentária e de controle. A natureza patrimonial apresenta maior similaridade com o

⁴ Mais do que um problema orçamentário, o *flypaper* deriva de uma questão ampla de financiamento. Isso porque, os subsídios recebidos pelos governos locais "*stick where they hit*", o que dá origem a maiores gastos locais em comparação com o nível relevante de gastos quando vêm de outras fontes (Cohen *et al.*, 2017, p. 4).

⁵ Para uma melhor compreensão do fenômeno, sugere-se a leitura do estudo de Leone e Rock (2002) intitulado *Empirical tests of budget ratcheting and its effect on managers' discretionary accrual choices*.

contexto privado e com o contexto público de outros países, assim como os analisados por Cohen *et al.* (2017) e Bradbury e Scott (2018), pois adota o regime de competência⁶ para reconhecimento das receitas e despesas⁷ públicas, as quais são reconhecidas simultaneamente. Já no modelo orçamentário, as receitas e as despesas são reconhecidas na data em que ocorrem, ou seja, a receita quando é arrecadada e o gasto quando é liquidado, o que torna os registros independentes (Fabre, 2021) e pode prejudicar a comparação para efeitos dos *costs stickiness*.

Outra particularidade é que, no Brasil, a própria estrutura constitucional, instrumentalizada por emendas e leis complementares, estabelece para grande parte das pastas, ou seja, áreas de consumo do estado provedor, um comportamento de “cota-parte”, com limites constitucionais mínimos e máximos na aplicação de recursos para cada ente federativo, geralmente vinculado a receita do ano corrente ou do ano anterior (Fabre, 2021). Como exemplo, cita-se a saúde, cujos percentuais de investimento financeiro dos municípios, dos estados e da União são definidos pela Lei Complementar n. 141 (2012). De acordo com esta lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação de seus impostos em ações e serviços de saúde. Já para os Estados o percentual mínimo é de 12% e a União deve aplicar o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual. Esses limites fazem com que o comportamento *costs stickiness* seja fortemente influenciado pelas arrecadações, ao passo que a receita orçamentária é o mecanismo de financiamento do Estado⁸ e sua previsão dimensiona a capacidade governamental em autorizar a despesa (Secretaria do Tesouro Nacional, 2019). Além disso, essa arquitetura de financiamento, com transferências e repasses

⁶ A necessidade de reconhecimento de receitas e despesas pelo regime de competência integral é uma das alterações decorrentes do processo de convergência das Normas Brasileiras de Contabilidade aplicada ao Setor Público (NBC TSP), alinhadas ao padrão das *International Public Sector Accounting Standards* (IPSAS), que muda o foco do controle estritamente orçamentário para a inclusão do controle patrimonial (Silva & Sanches, 2021).

⁷ Apesar de reconhecer que há conotações distintas, neste estudo não se pretende discutir diferenças conceituais e técnicas entre os termos gastos, custo e despesa, sendo tratados de forma genérica e similar.

⁸ Em termos de financiamento público, de forma geral, a sociedade repassa recursos ao governo (Municípios, Estados e União) através de impostos, taxas e outras fontes de recursos, para que este promova os serviços e ações necessários.

interfederativos⁹, pode restringir alterações imediatas nas políticas sociais e, conseqüentemente, limitar e/ou atrasar o ajuste de recursos, pois o gasto tem destinação específica e pré-definida.

Ao considerar esses preceitos, Fabre (2021) também destaca a influência do princípio de equilíbrio das contas públicas, ou equilíbrio fiscal¹⁰, pois períodos sucessivos de igualdade entre receitas e despesas, tendem a gerar simetria, mesmo num comparativo entre aumentos e diminuições, o que pode inviabilizar a identificação do fenômeno baseado nessas métricas. Isso porque, diferente da contabilidade em empresas privadas, onde busca-se redução de custos com a finalidade principal de maximizar lucros, a contabilidade pública demanda orçamentos com resultados equilibrados. Contudo, balanços públicos com registros contábeis de *déficits* ou *superávits*, expõem a fragilidade desse princípio no Brasil e no mundo. Isso é corroborado pelos achados de Fabre (2021), ao passo que a autora encontrou desequilíbrio em 94% das observações que compõe a amostra, formada pelos municípios catarinenses, dos quais 75% tinham um desequilíbrio de até 10%. Além disso, Fabre (2021) defende que, mesmo em caso de equilíbrio, essa premissa é válida apenas para o orçamento em sua totalidade, pois há comportamentos distintos por classificação funcional, relacionado às características das funções de governo (alocativas, distributivas e estabilizadora). Por fim, a autora ressalta que para algumas atividades, em especial aquelas que visam maior bem-estar social, como saúde, educação, assistência social e segurança, devido às características supracitadas, a receita, apesar de ser uma *proxy* válida, pode não ser a mais adequada.

Ao reconhecer a possível influência desses fatores, que podem tornar a receita uma variável pouco efetiva para mensurar volume de atividade em alguns países e contextos, principalmente pela dificuldade de controlar os efeitos supracitados, verifica-se algumas iniciativas de adaptações, com direcionamento a atividades específicas. Como exemplo, tem-se Wu *et al.* (2019) que utilizaram o número de alunos matriculados para avaliar o nível de atividade das escolas Taiwanesas, sob o argumento dessa *proxy* não financeira eliminar os potenciais efeitos do fator preço e de alguns critérios orçamentários. Outra exceção são os

⁹ Essas transferências podem ser efetivadas via contratualização, cujos instrumentos são: (i) convênio; (ii) contrato administrativo; (iii) contrato de gestão; (iv) protocolo de cooperação entre entes públicos (PCEP); (v) termo de parceria; ou (vi) termo de compromisso ou contrato de gestão (CONASS, 2022).

¹⁰ No Brasil, a normatização jurídica estabelece a obrigatoriedade de equilíbrio nos planos orçamentários e em sua execução (Fabre, 2021). Esse princípio ganhou ainda mais notoriedade com a Lei Complementar n. 101 (2000), conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que o condicionou a uma série de variáveis e instituiu penalidades ao seu descumprimento.

estudos de Balakrishnan e Gruca (2008) e Holzacker *et al.* (2015a) que, para determinar o nível de internações hospitalares, utilizaram dias de internação, sendo que o primeiro, utilizou, ainda, uma equivalência entre atendimentos emergenciais, ambulatoriais, médicos e cirúrgicos (pacientes-dia equivalente). Portanto, verifica-se que as alternativas até então apresentadas na literatura direcionam-se a atividades específicas, com vistas a representar aquela realidade.

Já em relação ao custo, a literatura examinou o fenômeno por meio dos custos de vendas, gerais e administrativos, assim como Anderson *et al.* (2003), mas, também, sobre os custos totais, os custos das mercadorias vendidas e dos serviços prestados e os custos com mão de obra (Weiss, 2010; Banker & Byzalov, 2014; Holzacker *et al.*, 2015b; Subramaniam & Watson, 2016; Pamplona *et al.*, 2016; Richartz, 2016; Cohen *et al.*, 2017; Avelar, Rodrigues, Silva, & Santos, 2019; Reis & Borgert, 2019; Avelar *et al.*, 2021).

No setor público, Cohen *et al.* (2017) exploraram os custos administrativos e de relações públicas, mas há uma concentração de pesquisas direcionadas aos custos operacionais (Balakrishnan & Gruca, 2008; Holzacker *et al.*, 2015a; Bradbury & Scott, 2018; Hosomi & Nagasawa, 2018a; Hosomi & Nagasawa, 2018b; Nagasawa, 2018; Nagasawa, 2019; Wu *et al.*, 2019; Nagasawa & Nagasawa, 2021) assim como Weiss (2010) e Kama e Weiss (2013) realizaram em empresas privadas. No contexto público brasileiro há exclusividade na utilização de dados orçamentários, por meio das despesas executadas, segregadas por função orçamentária (alocativa, distributiva e estabilizadora) ou classificação contábil funcional (Campagnoni *et al.*, 2021; Fabre, 2021). Entretanto, a determinação da conta de custo analisada pode variar com respeito às particularidades do contexto e da organização (Balakrishnan & Gruca, 2008).

Nesse sentido, reitera-se o argumento de autores como Calleja, Steliaros e Thomas (2006), Guenther *et al.* (2013), Subramaniam e Watson (2016), Avelar *et al.* (2021) e Fabre (2021) sobre a importância de considerar as pormenorizações de cada atividade e a natureza jurídica das organizações para análise dos *costs stickiness*, seja para a determinação dos elementos de custo e de volume de atividade, ou para a interpretação de seus resultados. Segundo Subramaniam e Watson (2016), a intensidade/nível de assimetria e os fatores que a explicam são próprios de cada setor, visto que estes possuem diferenças no ambiente produtivo, operacional e econômico. Além disso, as informações e dados financeiros, também, influenciam esse comportamento, o que requer uma análise crítica, com a

possibilidade de se estabelecer variáveis alternativas, com potencial para capturar a realidade de cada organização (Shust & Weiss, 2014).

Anderson e Lanen (2009), também, enfatizam a importância de considerar as particularidades de cada setor/atividade, pois destacam como limitações dos *costs stickiness*, além da premissa de preços e portfólio de produtos constantes, o fato de que as funções geradas são as mesmas, independente do tipo de empresa. Portanto, sugerem que os estudos sobre o tema devem ir além de registros contábeis arquivísticos, ao estabelecer metodologias que explorem o ambiente organizacional e a percepção dos gestores, que têm autoridade e responsabilidade pela gestão de custos. Guenther *et al.* (2013) corrobora essa concepção, ao afirmar que a política contábil pode influenciar os dados financeiros, por isso é importante ponderar, além da realidade normativa, as características de cada atividade, a estrutura de custos e a demanda por equipamentos e por mão de obra.

Avelar *et al.* (2021), ao analisar operadoras de planos privados de saúde brasileiras classificadas como cooperativa médica e medicina de grupo, aduzem que a assimetria de custos pode se diferenciar, inclusive, entre as organizações de um mesmo setor. West (2003), também, aborda com especificidade a particularização de cada atividade no comportamento dos custos, ao analisar seis centros de diálise americanos e pormenorizar suas individualidades. Mesmo antes do estudo de Anderson *et al.* (2003) e sem tratar diretamente do conceito *sticky*, West (2003) afirma que os custos tendem a ser mais rígidos e, conseqüentemente, mais pegajosos e difíceis de serem descontinuados, quando os gestores têm menos ou não possuem controle sobre eles, ou seja, quando os custos dificilmente podem ser evitados, realidade essa, explícita na área que o autor analisou: a saúde.

Atividades especializadas como as de saúde possuem outros fatores que podem influenciar o comportamento e o gerenciamento dos custos. Isso porque, qualquer diferença na qualidade dos produtos ou dos serviços prestados se torna ainda mais complexa, pois estão relacionados ao bem-estar e à disposição física e mental dos seres humanos (Noreen & Soderstrom, 1994). Portanto, há restrições quanto às medidas econômicas que podem ser tomadas, por haver a priorização de ações indispensáveis a cada atendimento, de modo que essa atividade seja fortemente influenciada por condicionantes sociais.

Para Hammer (2007), o provimento de serviços de saúde possui inúmeras características que os diferenciam de outras atividades, dentre as quais o autor destaca o forte envolvimento do Estado. No Brasil essa realidade fica ainda mais explícita, pois a Constituição da República Federativa (1988), em seu artigo 196, reconhece a saúde como

direito de todos e dever do Estado, a qual é garantida por meio de políticas sociais e econômicas e financiada de forma compartilhada entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal)¹¹. Assim, o caráter predominantemente público dos serviços de saúde, dado pelo estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê, dentre outros princípios, a universalidade, a equidade e a integralidade da assistência¹² (Lei n. 8.080, 1990), intensifica as considerações sociais na gestão pública, com ações que vão além de objetivos financeira e economicamente viáveis, visto que se direcionam, também, ao bem-estar e à assistência da população (Hosomi & Nagasawa, 2018a).

Para Nagasawa (2018), serviços públicos fornecem atividades essenciais que podem, inclusive, salvar vidas, como é o caso do SUS brasileiro e, portanto, não podem ser gerenciadas com base apenas em princípios econômicos. Essa função social faz com que muitos custos sejam mantidos como forma de garantia ao atendimento e à continuidade dos serviços (Noreen & Soderstrom, 1994).

Apesar dessa relevância, os fatores sociais ainda são pouco explorados na literatura dos *costs stickiness*. Segundo Chen, Lu e Sougiannis (2012), as pesquisas iniciais sobre o tema, explicavam a assimetria, predominantemente, por meio de perspectivas econômicas, sejam próprias da empresa ou de mercado. Posteriormente, incluíram-se fatores relativos à perspectiva pessoal dos gestores, principalmente, ao considerar os preceitos da Teoria da Agência (Chen *et al.*, 2012). Cabe destacar que o estudo seminal de Anderson *et al.* (2003), pondera, em um processo de demissões, além dos custos monetários, os custos organizacionais, que contemplam a perda da moral ou da sinergia entre a equipe de trabalho. Porém, esses critérios são utilizados como possíveis explicações de fatores genéricos, sem confirmações junto aos gestores e às organizações.

Para Yang, Kuang e Li (2020), as teorias atuais sobre os *costs stickiness* explicam o fenômeno sob as perspectivas de custo de ajustamento, expectativas otimistas e custos de

¹¹ O parágrafo primeiro do artigo 198 da Constituição Federal determina que o Sistema Único de Saúde deve ser financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988). A Emenda Constitucional n. 29 (2000) acrescentou o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e determinou que os percentuais para aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, em cada esfera do governo, devem ser estabelecidos por Lei Complementar, que, conforme já mencionado, atualmente, segue o disposto na Lei Complementar n. 141 (2012).

¹² Em complemento ao artigo 198 da Constituição Federal, o artigo 7, Capítulo II, da Lei n. 8.080 (1990), que instituiu o SUS, estabelece os princípios e diretrizes que regem as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados.

agência. De forma análoga, Agarwal, Khizer e Sethuraman (2021) sugerem que as pesquisas estão centradas em fatores internos, como custos de ajuste e questões de agência; em fatores de mercado, como expectativas de vendas e incerteza de demanda futura; e fatores macro ambientais, como crescimento econômico e regulamentação. Porém, ainda há fatores críticos que afetam as decisões gerenciais, no que diz respeito à alocação de recursos, que são pouco explorados (Agarwal *et al.*, 2021).

Mesmo estudos que tratam os determinantes dos *costs stickiness* de forma conjunta, com vistas a alcançar uma explicação mais abrangente do fenômeno, também, acabam por negligenciar a perspectiva social. Como exemplo, cita-se Reis e Borgert (2019), que propuseram um agrupamento dos diversos fatores explicativos elencados na literatura em dois *clusters*, sob a argumentação que estes podem interagir entre si, no sentido de representarem conceitos maiores. Ao tomar por base estudos como o de Yasukata e Kajiwara (2011), Abdulhamied e Abulezz (2012), Richartz (2016) e Chen, Kama e Lahavy (2019), Reis e Borgert (2019) estabelecem como primeiro *cluster* o aspecto pessoal do decisor, denominado decisão deliberada, que reflete as percepções e expectativas dos gestores sobre o cenário e o contexto em que está inserido, o qual inclui: fluxo de caixa livre; ambiente macroeconômico; otimismo e pessimismo; e problemas de agência. Já o segundo *cluster* representa a estrutura de custos, referenciado como atraso nos ajustes de custos, composto por: custos de ajustamento, intensidade de ativos e passivos; tamanho; capacidade ociosa e magnitude de variação da receita.

Em síntese, verifica-se que a perspectiva social é debatida por um número limitado de estudos, que apenas citam ou utilizam esse viés para fundamentar alguns fatores explicativos, sem maior profundidade e sem verificações empíricas (Guenther *et al.*, 2013; Venieris, Naoum, & Vlismas, 2015). Além disso, os estudos sobre *costs stickiness*, também, tratam as perspectivas social e econômica de forma dissociada. Uma possível motivação para isso pode derivar do fato de que as próprias teorias econômicas clássicas e neoclássicas, que influenciaram as pesquisas na área de custos, são tratadas como ciência autônoma, fornecendo explicações subsocializadas para a ação econômica ou, até mesmo, considerando os fenômenos como a-sociais, o que dá continuidade a uma tradição utilitarista (Granovetter, 1985; Abramovay, 2004).

Para Steiner (2006) na teoria econômica padrão, os dados econômicos se refletem em fenômenos econômicos, através de comportamentos egoístas e ordenados pelos preços. Nessa visão idealista dos mercados autorregulados, para que as transações econômicas e sociais

estejam livres de conflito, há uma dependência da confiança e da ausência de má-fé, o que é preceito pouco provável (Granovetter, 1985). Nesse sentido, parte importante e cada vez mais significativa da economia contemporânea tem se voltado ao estudo de “formas concretas de interação social e questionado as motivações puramente egoístas e maximizadoras, postuladas axiomáticamente pela tradição neoclássica” (Abramovay, 2004, p. 63). Nessa tentativa de descrever as influências sociais, os economistas reformistas acabam por apresentar uma visão supersocializada, onde os atores adotam de forma servil um roteiro escrito para eles pela intersecção específica de categorias/grupos sociais que eles porventura ocupem (Granovetter, 1985). Assim, a atomização não é eliminada, mas meramente transferida para uma díade ou para um nível superior de análise (Granovetter, 1985).

Essas visões extremas da ação humana (sub e supersocializada) negligenciam as estruturas contínuas das relações sociais, o que, para Granovetter (1985, p. 482), é “um grave mal-entendido”, haja vista que um relato sofisticado da ação econômica deve considerá-la imersa nessas estruturas ao incorporá-la em redes contínuas e concretas de relações pessoais, em vez de ser realizado por atores atomizados. Polanyi (2000), também, advoga a respeito, ao afirmar que o mercado autorregulado torna-se uma falácia, pois há influência do Estado e de outros atores sobre o seu comportamento e dos indivíduos.

Ao considerar esses atributos, a Nova Sociologia Econômica, doravante denominada NSE, oferece uma conjectura alternativa, pois sua crítica ao paradigma do mercado autorregulado contribui para explicações econômicas mais abrangentes (Szántó, 1995; Campos & Silva, 2020). Isso porque, na perspectiva da NSE “a ação econômica (como toda ação) é socialmente situada e não pode ser explicada por referência apenas a motivações individuais” (Granovetter, 1985, p. 25). O fato de as instituições econômicas serem socialmente construídas e os objetivos econômicos tipicamente acompanhados por objetivos não econômicos, como sociabilidade, aprovação, *status* e poder, reforça a importância da NSE (Granovetter, 1985), a qual prevê que os dados econômicos sofrem mediações sociais (Steiner, 2006). Essas mediações também podem ser denominadas *embeddedness* social, ou imersão/incorporação social, pois representam a noção de ‘enraizamento da economia’, ou seja, diferentes contextos sociais onde a ação econômica está situada (Wilkinson, 2002; Lopes Júnior, 2002).

A própria literatura dos *costs stickiness* reconhece a concepção de imersão social. Holz hacker *et al.* (2015a), apesar de não tratar extensivamente do tema, pois se direciona apenas à análise das pressões regulatórias, menciona que as “ações econômicas individuais,

como tomar decisões de ajuste de capacidade, estão embutidas na estrutura social da empresa”. Portanto, critérios não financeiros podem influenciar o curso das ações, dadas as pressões institucionais impostas, que podem dificultar ou atrasar as respostas a uma diminuição no volume de atividade, por causa do medo de sanções decorrentes da não conformidade (Holzhacker *et al.*, 2015a, p. 542).

O estudo de Granovetter (1985), enraizado na teoria sociológica clássica, é considerado o marco da NSE por reintroduzir e revitalizar o conceito de *embeddedness*, o qual pressupõe que a maior parte do comportamento está imbricado em redes de relações interpessoais, o que evita os extremos das visões sub e supersocializada da ação humana (Granovetter, 1985; Gulati & Gargiulo, 1999). Em seu estudo, Granovetter (1985) demonstra, por meio de argumentos sobre mercados e hierarquias, confiança e má fé, que a perspectiva de imersão gera compreensões dos processos de mercado distintas das desenvolvidas pelos economistas, pois esses processos são tão intimamente ligados em redes de relações pessoais que qualquer entendimento que as considere como sendo periféricas, falha em distinguir claramente a forma organizacional. Portanto, o autor sugere que as análises de mercado busquem informações mais amplas e concretas diretamente de atores que fazem parte de sua estrutura/rede social.

Campos e Silva (2020) reiteram a importância da NSE e, em especial, da concepção de *embeddedness*, ao alegar que esta enseja reflexões sobre o funcionamento dos mercados, pois, para compreender as articulações de seus atores, deve-se considerar instituições e formas diversas de comportamento social, visto que as relações sociais estruturam e mediam as trocas entre esses atores. Também, reforçam que o mercado é uma construção social e, como tal, pode ser desconstruída ou reformulada. Para Steiner (2006), essa proposta de construção social enfatiza que as relações de mercado não decorrem de arranjos espontâneos e imparciais dos agentes/atores econômicos, que apenas buscam otimizar suas transações. Isso porque, essas transações são resultado de influências institucionais não coordenadas, de ordem política, jurídica, econômica, cultural e pessoal, que se relacionam de forma mútua e recursiva (Steiner, 2006). Assim, as relações econômicas tornam-se indissociáveis ao contexto social.

Especificadamente sobre os mercados de saúde, Hammer (2007, p. 239) afirma que, para sua compreensão e de comportamentos econômicos específicos incorridos nesse contexto (como os *costs stickiness*), se faz necessária a análise das “múltiplas redes interligadas e de como essas funções concorrentes e complementares interagem”. Para Hammer (2007), atividades com o viés social mais proeminente, como a saúde pública, possuem características

próprias que fazem com que os entendimentos da NSE sejam mais perceptíveis do que os ensinamentos de outras teorias. Algumas das características citadas pelo autor são: (i) os mercados de saúde são atormentados por falhas substanciais de mercado o que não os torna funcionais; (ii) o envolvimento do Estado é mais claro do que na maioria dos outros setores; (iii) a saúde não é caracterizada por empresas simples que produzem serviços e vendem seus produtos aos consumidores em transações binárias e discretas; (iv) há poucos preços de compra ou competição de preços; (v) há poucos consumidores que são compradores diretos dos serviços de saúde; (vi) médicos e hospitais são membros de uma série de grupos e associações profissionais e conselhos especializados, os quais servem funções públicas pessoais, profissionais, coletivas, autorregulatórias e substitutas.

Uma vez que a NSE pode contribuir para uma compreensão mais ampla dos fatos econômicos, cabe destacar algumas particularidades sobre seus entendimentos, em especial no que tange a perspectiva de imersão. Por *embeddedness*, Granovetter (1985) entende a forma como a ação, os resultados e as instituições econômicas são incorporados e influenciados pelas relações pessoais dos atores e pela estrutura de rede dessas relações.

A essência do *embeddedness* é que todas as relações econômicas bilaterais são, ao mesmo tempo, partes de uma rede social de conexões mais abrangente e, portanto, o comportamento de um ator é afetado pela sua posição e pela qualidade de suas relações (Granovetter, 2005; Mandják & Szántó, 2010). Portanto, pode-se considerar que a estrutura dessas relações determina o seu conteúdo, visto que as instituições, regras e normas são resultado de ações coletivas e de colaboração entre os atores econômicos, tornando-se importantes canais de troca de mercado e contribuindo para o surgimento da ação coletiva (Szántó, 1995; Wanderley, 2002; Martes, 2009).

Dado esse contexto, este estudo objetiva **analisar como fatores explicativos dos *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde são condicionados pelo *embeddedness* social da Nova Sociologia Econômica.**

Com vistas a alcançar ao objetivo proposto faz-se necessário, primeiramente, entender o comportamento econômico (*costs stickiness*) e as ações econômicas que dão origem a esse comportamento (fatores explicativos) para, em seguida, analisar seus condicionantes sociais (*embeddedness* social). Portanto, apresentam-se três estudos sequenciais e complementares, com direcionamentos específicos, cujos eixos centrais se relacionam e auxiliam para a compreensão do tema. A Figura 1 traz uma representação gráfica do modelo teórico da pesquisa, com a indicação de suas relações em cada estudo proposto.

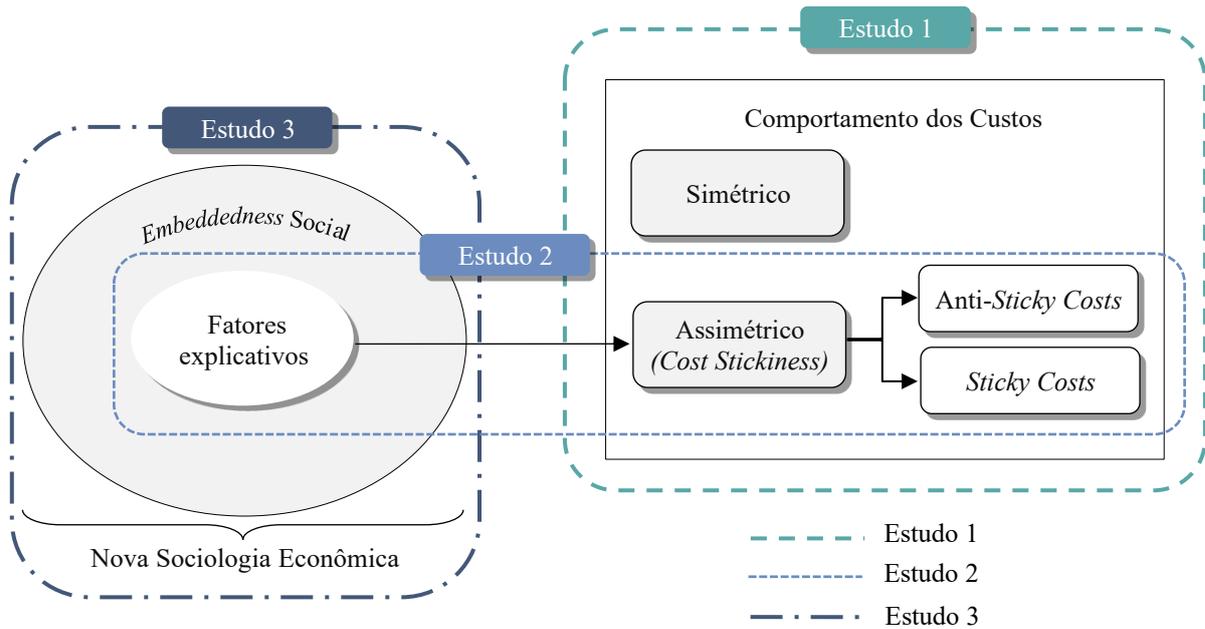


Figura 1. Modelo teórico da tese

Fonte: Elaborado pela autora.

O **Estudo 1** objetiva **verificar o comportamento *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde**¹³. Para tanto, estende e adapta o modelo sintetizado por Anderson *et al.* (2003) e amplamente utilizado nas pesquisas sobre o tema, para o contexto governamental. Também, estabelece uma forma alternativa para mensurar o volume de atividade, assim como Wu *et al.* (2019), Balakrishnan e Gruca (2008) e Holzacker *et al.* (2015a), com respeito à realidade e às particularidades do setor, ao ponderar os quantitativos de atendimento por um peso relativo ao seu esforço de execução. Essa particularização, também, ocorre na determinação da conta de custos, pois utiliza-se o custo operacional (valor atribuído à cada unidade de saúde para o andamento de suas atividades), o qual é identificado por meio de controles gerenciais compatíveis com os métodos adotados pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), através do custeio por absorção. Essas mudanças quanto às *proxies* de mensuração decorrem da necessidade de adaptação ao contexto observado. Além disso, a análise não se restringe a dados orçamentários/contábeis, o que faz com que seus efeitos sejam minimizados, conforme sugerido por Anderson e Lanen (2009), Shust e Weiss (2014) e Guenther *et al.* (2013). Assim, cumpre-se a etapa de evidenciação do fenômeno em um contexto diferenciado: a saúde pública brasileira.

¹³ Uma versão compactada desse estudo foi aprovada para apresentação no XLVI Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (EnANPAD), a ser realizado entre os dias 21 a 23 de setembro de 2022.

Uma vez revelado o comportamento econômico, que pode ser *sticky* ou *anti-sticky*¹⁴, no **Estudo 2** objetiva-se **investigar fatores explicativos do comportamento *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde**. Isso porque, ao mudar o campo de análise e ao considerar as especificidades do setor/atividade, principalmente por envolver funções heterogêneas, altamente especializadas e com forte viés social, as explicações para esse fenômeno podem se diferenciar daqueles até então elencados na literatura, inclusive, pela inclusão de fatores próprios da saúde ou do contexto público. Além disso, a forma com que são visualizados, mensurados e interpretados, também, pode variar, o que requer adaptações a essa nova realidade com respeito a suas características e particularidades.

Comprovado o fenômeno e identificados seus fatores explicativos, o **Estudo 3** agrega em especificidade e detalhamento, ao introduzir o conceito de *embeddedness* social na literatura dos *costs stickiness*, estendendo-a para um campo ainda pouco explorado, o que leva a uma compreensão diferenciada e complementar do tema. Ao considerar esses preceitos, objetiva-se **analisar como o *embeddedness* social da Nova Sociologia Econômica condiciona fatores explicativos dos *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde**.

Definidos esses estudos e uma vez que, para a NSE, toda ação econômica (fatores explicativos), que gera comportamentos econômicos específicos (*costs stickiness*), está imersa em um contexto social (*embeddedness* social), o qual não pode ser ignorado, tampouco analisado de forma isolada, a fim de evitar as visões sub ou super socializadas da ação humana, defende-se a tese de que **fatores explicativos dos *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde são condicionados pelos atores da rede, suas interações e características**.

1.1 JUSTIFICATIVAS E CONTRIBUIÇÕES

A relevância desse estudo e dos conhecimentos gerados respalda-se em justificativas diversas, de cunho teórico e prático. Apesar de serem complementares, no intuito de gerar maior organização e clareza, apresenta-se as principais contribuições e justificativas segregadas.

¹⁴ Há, também, a proposição de outras classificações: (i) *super-sticky*, onde os custos aumentam mesmo quando as receitas diminuem, mas a uma taxa mais lenta (Bradbury & Scott, 2018); e (ii) *reverse costs*, tratado como uma categoria complementar, porém, dissociada dos *costs stickiness*, onde há variação negativa de custos quando a receita aumenta, seguido da variação positiva ou negativa de custos, independente do ponto simétrico (Fabre, 2021). O Apêndice A traz um resumo de todos esses conceitos de forma visual (gráfica).

1.1.1 Teóricas

Krishnan (2015), no editorial publicado pelo *Journal of Management Accounting Research*, apresenta o estudo do comportamento dos custos e, em específico, dos *costs stickiness*, como um dos principais direcionamentos futuros para a pesquisa em contabilidade e administração, qualificando-o como uma “tendência animadora”, mesmo com a perda de espaço científico da contabilidade gerencial (Krishnan, 2015, p. 182). Portanto, busca-se contribuir para esse campo, pois, ao transpor as análises para o contexto público, ainda pouco explorado, expande-se o escopo de aplicação das pesquisas.

Apesar de alguns estudos promoverem análises dos *costs stickiness* em esferas governamentais (Cohen *et al.*, 2017; Bradbury & Scott, 2018; Wu *et al.*, 2019; Fabre, 2021) ou em empresas públicas (Hosomi & Nagasawa, 2018a; 2018b; Nagasawa, 2018; 2019; Nagasawa & Nagasawa, 2021), este estudo diferencia-se por se direcionar a um setor específico, a fim de detalhar suas particularidades e adaptar a *proxy* de volume de atividade, os custos e os fatores explicativos dos *costs stickiness*. Como as mudanças no volume de atividade não são diretamente observáveis e os pesquisadores, em sua maioria, utilizam as receitas como uma variável de aproximação, assim como Anderson *et al.* (2003), dá-se notoriedade à importância da proposição de uma nova medida, própria do setor e do contexto brasileiro, visto que as variações até então elencadas na literatura, não representam essa realidade. Assim, demonstra-se que esses critérios precisam ser mais bem compreendidos e incorporados nos estudos.

Nesse sentido, Werbin (2011), Yükcü e Özkaya (2011) e Avelar *et al.* (2021), ressaltam a importância de análises em países com economias emergentes, pois estes se diferem em muitos aspectos dos países desenvolvidos, onde o fenômeno foi inicialmente reportado. Avelar *et al.* (2021) também destacam a importância do uso de diferentes *proxies*, situação muitas vezes ignorada nos estudos predecessores, pois, segundo Shust e Weiss (2014), essa escolha influencia, inclusive, a mensuração da assimetria. Assim, a mudança metodológica e do campo de análise proposta na tese, leva a uma compreensão diferenciada e complementar em relação aos entendimentos atuais do tema, o que contribui para sua consolidação teórica, visto que se trata de uma teoria em construção (Malik, 2012).

O estudo diferencia-se, também, ao enfatizar, por meio dos preceitos da NSE e da concepção de *embeddedness*, o viés social, uma vez que, segundo Guenther *et al.* (2013), a responsabilidade e consciência social das empresas e de seus gestores podem impactar as

decisões, as estruturas de custos¹⁵ e, conseqüentemente, o seu comportamento. Portanto, essa compreensão contribui para o aprofundamento teórico dos *costs stickiness*, uma vez que os estudos atuais se limitam a análises em nível de fatores explicativos (determinantes), com apenas inferências sobre suas possíveis motivações, sem verificá-las junto às organizações. Holzhacker *et al.* (2015a), por mais que reconheçam a importância das considerações sociais em análise sobre *costs stickiness*, limitam-se à verificação dos efeitos das mudanças regulatórias nas estruturas de custos. Porém, sugerem que estudos futuros “explorem fatores econômicos e sociológicos”, ao “empregar uma perspectiva multiteórica” para estudar as respostas das organizações a mudanças no ambiente e na atividade (Holzhacker *et al.*, 2015a, p. 563).

Por fim, destaca-se que, atualmente, os livros e materiais didáticos sobre custos abordam apenas o comportamento tradicional. Assim, o aprofundamento gerado pela pesquisa contribui para a propagação do tema e, conseqüentemente, para potencial inclusão no ensino em contabilidade gerencial, a fim de trazer uma visão diferenciada na formação de profissionais (Krisnadewi & Soewarno, 2021), que surtam efeitos práticos como os mencionados a seguir.

1.1.2 Práticas

Os conhecimentos gerados podem respaldar ações gerenciais e fornecer base informacional para tomada de decisão futura. Segundo Hoffmann (2017), a compreensão dos fatores explicativos dos *costs stickiness* pode servir como justificativa aos gestores, a fim de embasar suas escolhas e decisões. O autor cita como exemplo, a manutenção de custos com mão de obra especializada, mesmo diante de queda no volume de atividade (*sticky costs*), visto que a reposição futura desses profissionais, além de custosa, também, pode significar perda de qualidade. Dessa forma, ao considerar os argumentos de Hoffmann (2017) e o alto nível de especialidade requerido em unidades públicas de saúde, não apenas as demandas normativas podem justificar a manutenção dos custos com mão de obra, pois, mesmo contratos temporários, podem ser mantidos, a fim de firmar relações com profissionais altamente qualificados. Portanto, ressalta-se a importância de analisar, também, os

¹⁵ O termo estrutura é utilizado neste estudo em dois sentidos distintos: estrutura de custos, que se refere à composição dos custos organizacionais e é amplamente analisado pela literatura dos *costs stickiness* e estruturas sociais, que se refere às múltiplas redes interligadas de atores (pessoas ou instituições) das quais as unidades públicas de saúde fazem parte.

condicionantes sociais desse comportamento, ou seja, as diferentes estruturas, características e interesses da rede social dessas unidades.

Como muitas redes de relações sociais são informais e intangíveis e dado que a perspectiva de *embeddedness* sugere que os gestores e as organizações podem ser influenciados estrategicamente pela estrutura dos relacionamentos, ao compreendê-las, os administradores podem prestar mais atenção nessa influência e em suas implicações para o alcance dos objetivos (Hite, Williams, & Baugh, 2007). Assim, pode-se identificar causas de gargalos ou falhas organizacionais, destacar infraestruturas úteis ou insuficientes e sugerir novas soluções (Hite *et al.*, 2007), a fim de melhorar a capacidade de atendimento e a prevenção de doenças e agravos.

A compreensão do fenômeno, também, contribui para a previsibilidade de custos e alocação orçamentária, para a indicação de diferentes canais pelos quais os gestores podem responder às flutuações na demanda e para a especificação da magnitude e do *trade-off* desses efeitos (Hoffmann, 2017), o que se torna ainda mais relevante em cenários de crises econômicas e sanitárias, como a decorrente da pandemia da COVID-19. Além disso, as mudanças no perfil populacional, como a baixa taxa de natalidade, o envelhecimento e o declínio da força de trabalho, faz com que se tenha uma demanda maior por serviços médicos e de assistência à saúde, com um baixo custo (Hosomi & Nagasawa, 2018b, Nagasawa, 2018). Assim, para fornecer serviços de maneira estável e eficiente, continuamente, Hosomi e Nagasawa (2018b) alertam para a necessidade de examinar o desempenho dos custos, sendo que as análises apresentadas nessa tese podem gerar *insights* sobre: planejamento orçamentário (Borgert, Crispim, & De Almeida, 2011), opções por terceirização de serviços (Holzhacker *et al.*, 2015b) ou por *leasing* de equipamentos (Holzhacker *et al.*, 2015b); estabelecimento de novas concepções de controle com legitimidade social e econômica (Hammer, 2007) e favorecimento quanto ao planejamento, monitoramento e eficiência das contas públicas.

Para Machado e Holanda (2010, p. 792) “os administradores do setor público necessitam de um conjunto de informações gerenciais para cumprir com eficiência, eficácia e efetividade as políticas públicas”. Além disso, tanto na área privada como pública, o conhecimento dos *costs stickiness* pode contribuir para qualificar o tempo de resposta das organizações em períodos de redução na demanda, visto que a base de sustentação para muitas decisões gerenciais está no conhecimento de como os custos podem variar em função do nível de atividade (Medeiros *et al.* 2005).

O estudo também contribui com a linha de pesquisa do Grupo de Gestão de Custos (GGC) do Programa de Pós-Graduação em Contabilidade (PPGC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). As discussões sobre comportamento dos custos no grupo de pesquisa iniciaram com trabalhos como o de Rabelo, Borgert e Medeiros (2009) e Borgert *et al.* (2011), com enfoque em informações internas das empresas. Posteriormente, Richartz, Nunes, Borgert e Dorow (2011) introduziram a percepção de assimetria (*costs stickiness*). Desde então, este passou a ser o direcionamento central das pesquisas realizadas pelo grupo e, portanto, a presente tese contribui para o aprofundamento e continuidade da temática.

1.2 DELIMITAÇÕES DO ESTUDO

As delimitações desse estudo direcionam-se ao seu recorte espacial e temporal. Quanto ao recorte espacial, como a proposta envolve análises das particularidades de unidades públicas de saúde e, portanto, requerem aprofundamento junto aos gestores e à realidade das instituições, utiliza-se uma amostra por conveniência, em função do acesso aos dados e disponibilidade para o desenvolvimento da pesquisa. Assim, atua-se junto às unidades públicas de saúde do município de Florianópolis, Santa Catarina, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O sistema de saúde de Florianópolis engloba unidades assistenciais, unidades de apoio e unidades de gestão. Esse estudo direciona-se às unidades assistenciais, por vincularem-se diretamente à operação e envolver contato direto com os usuários. Segundo Balakrishnan e Gruca (2008), à medida em que uma função representa a competência central na organização, os administradores relutam em reduzir custos, o que tende a gerar maior assimetria. Portanto, devido à natureza crítica dos serviços assistenciais para a missão das unidades de saúde e aos maiores custos de ajustamento, o fenômeno pode ser visualizado com maior intensidade. Além disso, como as informações de custos referem-se à um dado gerencial, calculado internamente, que não demandam, necessariamente, registros contábeis, a receita não acompanha esse detalhamento. Assim, e dadas as limitações dessa *proxy*, mencionadas anteriormente, propõem-se uma medida alternativa para mensurar volume de atividade, que requer o levantamento dos quantitativos de atendimento e a mensuração/percepção quanto aos seus esforços de realização, para convertê-los em uma escala comum e permitir a comparabilidade, o que só é possível em unidades que tenham procedimentos diretamente atribuídos, ou seja, que atendam a população.

Ao todo, o estudo contempla 63 unidades (Apêndice B), divididas em: 48 Centros de Saúde (CS), também denominados Unidades Básicas de Saúde (UBS)¹⁶; quatro Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS); quatro Policlínicas; quatro Distritos Sanitários (DS); duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA); e uma Farmácia Escola (Secretaria Municipal de Saúde, 2021). Apesar da Farmácia e dos Distritos Sanitários não serem considerados pela SMS unidades assistenciais, como estas possuem procedimentos e custos diretamente atribuídos, o que permite a análise dos *costs stickiness*, passam a compor a amostra. Além das 63 unidades mencionadas, há uma UBS (Canto da Lagoa) não contemplada no estudo devido à ausência e incompletude de dados.

Para o Estudo 1, que foca na comprovação do fenômeno e utiliza, prioritariamente, dados secundários (relatórios gerenciais), são analisadas todas essas unidades. Já os Estudos 2 e 3, por exigirem técnicas de análise mais detalhadas, com metodologias empregadas junto aos gestores, a fim de descrever e explorar com maior riqueza de detalhes as particularidades e a realidade organizacional, assim como sugerido por Anderson e Lanen (2009) e Dalla Via e Perego (2013), direcionam-se apenas às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para essa definição, considera-se os resultados do Estudo 1, ou seja, o tipo de unidade de saúde com maior nível de assimetria, indiferente se o comportamento for *sticky* ou *anti-sticky*. Também, são consultados os responsáveis pela condução da pesquisa na SMS, a fim de alinhar as perspectivas teóricas às contribuições práticas.

Em relação à amplitude temporal dos dados, nos três estudos, utiliza-se informações anuais de 2016, 2017 e 2018, visto que há um melhor tratamento e alocação dos gastos entre as unidades de saúde. Os anos de 2019 e 2020 não são contemplados, pois os dados de custo, que, conforme já mencionado, são tabulados e calculados em um sistema específico, não foram processados, em função da indisponibilidade de pessoal e de recursos, dadas as adaptações decorrentes da pandemia da COVID-19. Além disso, em 2019, ocorreu uma mudança no sistema de controle de estoque e de armazenamento, com alterações

¹⁶ De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2022), os termos Centros de Saúde (CS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) são sinônimos, mas há, também, outras variações presentes na literatura como Centros de Atenção Primária ou Estratégia da Saúde da Família (ESF), que retratam as atividades desenvolvidas por essas unidades. Mesmo reconhecendo essas variações e dado o debate existente quanto à utilização do termo “básico” para se referir à Atenção Primária à Saúde (APS), visto que nela é que se situa a clínica mais ampliada, que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde (Mendes, 2011), este estudo não tem por finalidade se posicionar sobre o uso de diferentes nomenclaturas. Apenas, direciona as análises à um tipo de unidade em específico, para a qual se utiliza termos recorrente nas normativas e no próprio CNES, ou seja, CS e/ou UBS.

significativas nas classificações e na categorização dos itens, o que provocou ambiguidade em alguns dados, inibindo sua comparabilidade.

Ainda quanto às delimitações da tese, no Estudo 3, analisa-se apenas alguns fatores explicativos, com vistas a alcançar maior especificidade e profundidade. Dentre os fatores próprios de UBS analisados no Estudo 2, opta-se por aqueles que apresentam especial particularização e diferenciação em relação às concepções atuais do tema. Além disso, destaca-se a lente teórica utilizada para observar o comportamento dos custos: NSE, visto que suas premissas direcionam as análises e respaldam algumas escolhas metodológicas.

1.3 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Saunders, Lewis e Thornhill (2003) propõem que a análise do domínio filosófico das pesquisas ocorra em sete camadas, a partir de uma visão genérica até as especificidades metodológicas. Apesar dos autores alegarem que, na prática, uma questão de pesquisa raramente se encaixa perfeitamente em apenas um domínio filosófico, ela tende a se orientar para determinados enquadramentos. Com base nessa perspectiva, a Figura 2 traz a classificação metodológica da tese, com destaque às variações de cada um dos três estudos.

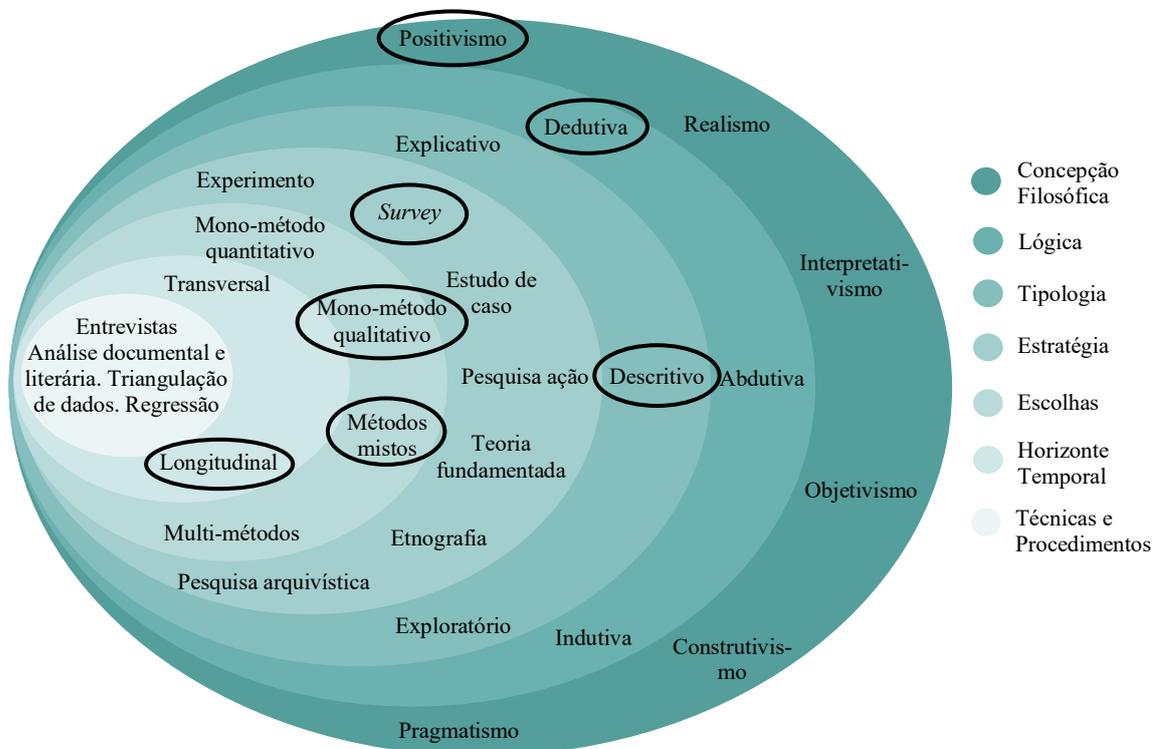


Figura 2. Enquadramento metodológico

Fonte: Adaptado de Saunders, Lewis e Thornhill (2003; 2009)

As abordagens utilizadas vão além do relativismo do ponto de vista dos indivíduos envolvidos nas atividades, com o uso, também, de técnicas objetivas, como os testes estatísticos, o que se alinha a uma concepção filosófica positivista (Saunders *et al.*, 2009). Além disso, assume-se o *embeddedness* social como uma realidade e, a partir desse pressuposto teórico (lógica dedutiva), busca-se compreender como este condiciona um comportamento econômico específico: os *costs stickiness*. Assim, a tese também se diferencia por trazer uma concepção sociológica para a área de gestão de custos, ao manter a lente teórica da NSE, mas com um posicionamento positivista.

As próximas camadas propostas por Saunders *et al.* (2003; 2009) são direcionadas, respectivamente, para: (i) tipologia da pesquisa; (ii) estratégia de pesquisa; (iii) escolhas de pesquisa, (iv) horizonte temporal; e (v) técnicas e procedimentos de análise. Para estas, há posicionamentos distintos entre os estudos que compõe a tese. Os Estudos 1 e 2, apesar de possuírem um enfoque exploratório, pois buscam novos *insights* que podem trazer diferenças substanciais em relação aos conhecimentos atuais do tema, seja em relação à forma de mensurar o volume de atividade ou sobre fatores explicativos próprios, se classificam, em termos de abordagem metodológica (tipologia), como descritivos, pois avaliam um fenômeno já existente e explorado na literatura (*costs stickiness*) em um contexto e setor específico. Da mesma forma, o Estudo 3 é classificado como descritivo, haja vista que busca retratar um perfil e dar sentido a alguns desses fatores.

Os três estudos referem-se a levantamentos (*survey*), pois visam traçar parâmetros da realidade observada. Em relação ao horizonte temporal todos são longitudinais. Mesmo no Estudo 1, que abrange unidades com diferentes níveis de atenção à saúde, as inferências são individualizadas (por unidade ou por tipo) e, em todos os casos, são verificados comportamentos existentes em períodos e situações específicas.

Quanto às escolhas de pesquisa, apesar do Estudo 1 possuir um viés mais quantitativo, pois busca estabelecer padrões ao identificar o fenômeno em unidades públicas de saúde, utilizam-se métodos mistos. Para Saunders *et al.* (2009) a pesquisa de método misto usa técnicas de coleta de dados e procedimentos de análise quantitativos e qualitativos ao mesmo tempo (paralelos) ou um após o outro (sequenciais). Já os Estudos 2 e 3 possuem orientação qualitativa, pois buscam identificar e discutir fatores explicativos dos *costs stickiness* próprios desse contexto, além de compreender e retratar a realidade do *embeddedness* social enquanto condicionante da assimetria de custos. Segundo Denzin e Lincoln (1994, p. 3), a pesquisa qualitativa é “[...] uma atividade situada (intimamente ligada a um contexto), que insere o

pesquisador na realidade [...]” a qual está estudando e tem por finalidade “tornar o mundo visível”. Godoy (1995, p. 21) complementa, ao afirmar que, em pesquisas qualitativas, o pesquisador deve captar o fenômeno considerando os vários pontos de vista relevantes, além de coletar e analisar vários tipos de dados, a fim de que “[...] se entenda a dinâmica do fenômeno”. Portanto, em ambos os estudos, busca-se utilizar um conjunto de procedimentos metodológicos específicos, que visam abranger esses vieses, de forma a se complementarem.

Dentre as técnicas e procedimentos de análise utilizados, lista-se: aplicação do modelo equacional para comprovação do fenômeno (modelo geral); cálculos estatísticos e matemáticos; entrevistas abertas com roteiros semiestruturados; análise da literatura; análise documental; e triangulação de dados.

2 ESTUDO 1: *COSTS STICKINESS* EM UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE: EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS NO BRASIL

2.1 RESUMO

O estudo objetiva verificar o comportamento *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde. Para tanto, estende e adapta o modelo de assimetria dos custos sistematizado por Anderson, Banker e Janakiraman (2003) e amplamente utilizado nas pesquisas sobre o tema, para o contexto governamental, mais especificadamente para as unidades assistenciais de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. Também, estabelece uma forma alternativa para mensurar o volume de atividade, com respeito à realidade e às particularidades do setor, ao ponderar os quantitativos de atendimento por um peso relativo ao esforço de execução de cada procedimento. Os resultados indicam que, de modo geral, as unidades de saúde apresentam comportamento *super-sticky costs*, pois quando o volume de atividade aumenta 1%, os custos operacionais aumentam 0,40%; e quando o volume reduz 1%, os custos também aumentam, porém, a uma taxa mais lenta (0,07%). Quando analisadas as unidades por nível de complexidade, ambas têm comportamento *anti-sticky costs*, com maior pegajosidade na atenção especializada (menor nível de assimetria). Já, as análises individuais (por unidade), indicam comportamentos diversos (*sticky*, *super-sticky*, *anti-sticky* ou *reverse costs*), com variações inclusive, entre unidades de um mesmo tipo ou nível. Assim, cumpre-se a etapa de evidenciação do fenômeno em um contexto diferenciado, a saúde pública brasileira, o que reforça a necessidade de um olhar pormenorizado, seja para identificar diferentes comportamentos, interpretar os resultados ou para determinar as métricas utilizadas.

Palavras-chave: *Costs stickiness*. Governamental. Público. Saúde. *Sticky cost*.

2.2 INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, sob a perspectiva econômica da escola marginalista e para alguns modelos de custeio contábeis, os custos se dividem em fixos e variáveis, sendo que os últimos se movem proporcional e simetricamente em resposta às flutuações na demanda (Porporato & Werbin, 2010; Zanella, Oyelere, & Hossain, 2015), baseando-se nas suposições de um único *driver* de custo, com retornos constantes de escala (Nagasawa & Nagasawa, 2021). Dada a fragilidade dessas premissas, a literatura tem, há algum tempo, questionado e destacado a assimetria no comportamento dos custos (Benston, 1966; Malcom, 1991; Noreen & Soderstrom, 1994; 1997). Porém, apenas em 2003, Anderson, Banker e Janakiraman (2003), estabeleceram a fundamentação empírica para a análise do tema, com a sintetização de um modelo que comprovou que a taxa de aumento dos custos quando o volume de atividade aumenta excede a taxa de declínio quando a atividade diminui, o que os autores denominaram *sticky costs* ou *costs stickiness*.

A partir desse modelo, diversos estudos foram elaborados para demonstrar essa resposta assimétrica dos custos, o que legitimou o fato de que sua variação depende, não

apenas da magnitude de variação do volume de atividade, mas, também, da direção dessa mudança (Banker & Byzalov, 2014). Esses estudos enriqueceram a temática, ao fornecer evidências dos *costs stickiness* em diferentes países, para diferentes setores e atividades (por exemplo, Balakrishnan & Gruca, 2008; Chen, Lu, & Sougiannis, 2012; Kama & Weiss, 2013; Banker & Byzalov, 2014). Todavia, apesar de Malik (2012) e Richartz e Borgert (2021) ajuizarem que há indícios suficientes para considerar a etapa de evidenciação do fenômeno já consolidada, a maioria dos estudos foram realizados no âmbito privado, concentrando-se no uso de informações financeiras disponíveis publicamente, por meio de relatórios financeiros (Hosomi & Nagasawa, 2018a). Em suma, apesar de algumas exceções, os estudos abrangem instituições com fins lucrativos, abstraindo-se de análises em serviços públicos (Wu, Young, Yu, & Hsu, 2019; Nagasawa & Nagasawa, 2021). Portanto, a literatura ainda carece de evidências consideráveis no contexto governamental (Cohen, Karatzimas, & Naoum, 2017).

Uma das razões para essa incipiência, está na alegação de que a contabilidade pública segue um sistema contábil especial (Shust & Weiss, 2014), com forte influência de demandas orçamentárias (Balakrishnan & Gruca, 2008), que envolvem premissas como: o equilíbrio das contas públicas – igualdade entre as receitas e os custos (Bradbury & Scott, 2018; Fabre, 2021); o efeito *flypaper* (Cohen *et al.*, 2017); o *budget ratcheting* (Wu *et al.*, 2019); e o efeito “gasta ou perde” (Wu *et al.*, 2019).

Para Campagnoni, Fabre, Borgert e Rover (2021), existem várias lacunas de pesquisa ligadas às peculiaridades do âmbito público. Apesar das iniciativas para transpor e estender a literatura dos *costs stickiness* ao setor, as particularidades normativas, econômicas e culturais de onde foram aplicadas inferem diferenças substanciais. Estudos como Hosomi e Nagasawa (2018a; 2018b), Nagasawa (2018; 2019) e Nagasawa e Nagasawa (2021), apesar de trazerem algumas especificidades, direcionam-se exclusivamente a empresas públicas. Tais instituições, ainda que pertençam ao governo, são gerenciadas de forma independente, com lucros de acordo com a taxa de uso, que é o preço pago pelos seus serviços, o que justifica a utilização da receita como *proxy* de mensuração do volume de atividade, assim como proposto por Anderson *et al.* (2003) e amplamente empregado nas pesquisas posteriores. Portanto, as empresas públicas diferenciam-se do contexto puramente público em diversos aspectos, em especial pela busca constante de otimização de custos, para melhorar a eficiência econômica e alcançar lucros razoáveis (Hosomi & Nagasawa, 2018b).

Nesse sentido, outro argumento para a escassez de análises dos *costs stickiness* na área puramente pública é a possível inadequação do modelo, visto que, no âmbito privado, geralmente, a receita é utilizada como *proxy* para o nível de atividade. Mas, essa medida pode

ser pouco apropriada, visto que a receita governamental tem origem diferenciada e, parte dela, se baseia em arrecadações compulsórias (Hosomi & Nagasawa, 2018a). Para Nagasawa e Nagasawa (2021) os modelos de análise do comportamento dos custos se aplicam mais extensivamente a campos de negócios competitivos, visto que esses mercados reduzem erros de medição pelo efeito potencial do preço, que serve como uma escala comum de conversão das unidades físicas, tornando-as comparáveis (Banker & Bysalov, 2014).

Não obstante, Cohen *et al.* (2017), Bradbury e Scott (2018), Fabre (2021) e Campagnoni *et al.* (2021), mantêm essa *proxy* e revelam evidências dos *costs stickiness* para governos municipais da Grécia, da Nova Zelândia e do Brasil, respectivamente. Contudo, apesar da comprovação do fenômeno em ambientes puramente públicos, os autores destacam a necessidade de controles e de considerações mais amplas sobre esses critérios, com respeito às particularidades do contexto analisado, pois segundo Wu *et al.* (2019), há diferenças substanciais, inclusive, entre ambientes governamentais. Além disso, Bradbury e Scott (2018) apontam que, apesar de válida, a análise custo-receita pode ser menos aplicável ao contexto público do que em instituições sem fins lucrativos ou empresas privadas. Fabre (2021) complementa, ao afirmar que a limitação de escolha dessa *proxy* pode ser ainda mais expressiva em função das atividades desenvolvidas, em especial aquelas que envolvem o bem-estar social.

No tocante à importância de se realizar análises pormenorizadas para diferentes setores e atividades, Avelar, Santos, Souza e Cailleau (2021) argumentam sobre os diferentes níveis de assimetria identificados entre países, setores e até mesmo entre organizações de um mesmo setor. Isso porque, há diferenças substanciais nos ambientes produtivos, operacionais e econômicos que precisam ser mais bem compreendidas, além de particularizações no ambiente de negócio e nas estruturas de custos (Guenther, Riehl, & Rößler, 2013; Subramaniam & Watson, 2016; Hosomi & Nagasawa, 2018b; Zhu, Hu, Peng, & Xue, 2021).

Ao considerar esses argumentos e ao reconhecer as possíveis restrições do uso da receita como variável de aproximação para o volume de atividade, alguns estudos realizaram adaptações direcionadas a setores específicos. Wu *et al.* (2019) utilizaram o número de alunos matriculados para avaliar os *costs stickiness* em escolas públicas de Taiwan. Holzacker, Krishnan e Mahlendorf (2015) usaram dias de internação para analisar o fenômeno em hospitais da Alemanha e Balakrishnan e Gruca (2008) ponderaram os dias de internações em hospitais do Canadá pelos diferentes tipos de atendimentos. Já, Balakrishnan, Petersen e Soderstrom (2004), ao analisar clínicas de fisioterapia no oeste dos Estados Unidos, utilizaram o número de atendimentos e seu respectivo tempo (em horas). Portanto, verifica-se

que essas *proxies* visam representar contextos específicos, vinculando-se a atividades/setores únicos, por mais que estes incluam múltiplos produtos/serviços. Também, corrobora-se a afirmação de Fabre (2021), visto que essas propostas alternativas se dão, justamente, em atividades voltadas ao bem-estar social, mesmo que não sejam exclusivamente públicas.

Diante disso, este estudo objetiva **verificar o comportamento *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde**. Para West (2003) os custos tendem a ser mais rígidos e, conseqüentemente, mais pegajosos e difíceis de serem descontinuados, quando há menos controle sobre eles, sendo que, na saúde, muitos atendimentos são priorizados e/ou mantidos independente de questões financeiras ou econômicas, por envolver o bem-estar dos seres humanos (Noreen & Soderstrom, 1994). Segundo Cohen *et al.* (2017) há flexibilidade limitada no gerenciamento e no ajuste de custos da prestação de serviços públicos, o que se torna ainda mais ostensível na saúde, dado o impacto potencialmente adverso que mudanças em sua estrutura podem gerar à comunidade (Holzhacker *et al.*, 2015).

Dado esse contexto, estende-se e adapta-se o modelo de *cost stickiness* para os gastos governamentais, o qual, segundo Wu *et al.* (2019) merece mais atenção de pesquisa, pois tem, também, a responsabilidade de apoiar a vida cotidiana das pessoas (Nagasawa, 2018). Além disso, dá-se especificidade à saúde e à realidade brasileira, diferenciando-se, por incorporar, além de serviços hospitalares, a atenção primária e especializada, ao passo que as unidades de saúde envolvem diferentes níveis de atenção. Para isso, propõe-se uma forma alternativa para mensurar o volume de atividade, assim como Balakrishnan *et al.* (2004), Wu *et al.* (2019), Balakrishnan e Gruca (2008) e Holzhacker *et al.* (2015), com respeito às particularidades do setor, o que se torna ainda mais relevante no cenário brasileiro, ao passo que este se caracteriza como um dos maiores e mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo (Ministério da Saúde, 2021), ao basear-se em princípios como a integralidade, a equidade e a universalidade dos serviços (Lei n. 8.080, 1990). Essa alteração metodológica e do campo de análise, propicia uma compreensão diferenciada e complementar do tema, contribuindo para a consolidação teórica dos *costs stickiness*.

Além das contribuições do ponto de vista acadêmico e teórico, o estudo, também, tem contribuições práticas, visto que traz *insights* que podem respaldar ações e escolhas gerenciais e auxiliar na tomada de decisão (Hoffmann, 2017). Isso porque, a compreensão do fenômeno auxilia na previsibilidade dos custos, a fim de evitar subestimar ou superestimar a capacidade de resposta frente às flutuações do volume de atividade (Hoffmann, 2017; Ali, Shafiq, Gillani, & Anwar, 2021). Segundo Medeiros, Costa e Silva (2005), muitas decisões gerenciais perpassam o conhecimento de como os custos se comportam. Assim, a importância desses

entendimentos ganha ainda mais notoriedade, dado o aumento pela busca de eficiência, a fim de ofertar serviços de qualidade, principalmente, num cenário como o decorrente da pandemia da COVID-19, onde ocorreram aumentos expressivos da demanda associado à maior cobrança social.

Por fim, ressalta-se que o presente estudo atende às recomendações de Hoffmann (2017), que sugere o desenvolvimento de pesquisas para superar a limitação de adequação das variáveis, por meio de ponderações mais granulares dos componentes de custo e da medição da produção real, em vez de usar as vendas como *proxy* imperfeita.

2.3 REFERENCIAL TEÓRICO

Anderson *et al.* (2003) denominam *sticky costs* o fenômeno em que a magnitude de aumento nos custos associados a um aumento da receita, utilizada como *proxy* para volume de atividade, é maior do que a magnitude de redução nos custos quando há uma redução equivalente na receita. Em sentido inverso, tem-se os *anti-sticky costs*, onde os custos aumentam menos em resposta à atividade crescente do que reduzem em resposta à atividade decrescente (Balakrishnan *et al.*, 2004; Weiss, 2010). Segundo Hoffmann (2017) o comportamento *anti-sticky* geralmente é observado em contextos de forte e persistente declínio da atividade, como durante a crise econômica entre os anos de 2007 e 2009, quando uma recuperação rápida do mercado era inesperada. Dada essa pluralidade, passou-se a utilizar o termo *costs stickiness*, para uma denominação genérica do tema. A Figura 3 traz a representação gráfica do fenômeno.

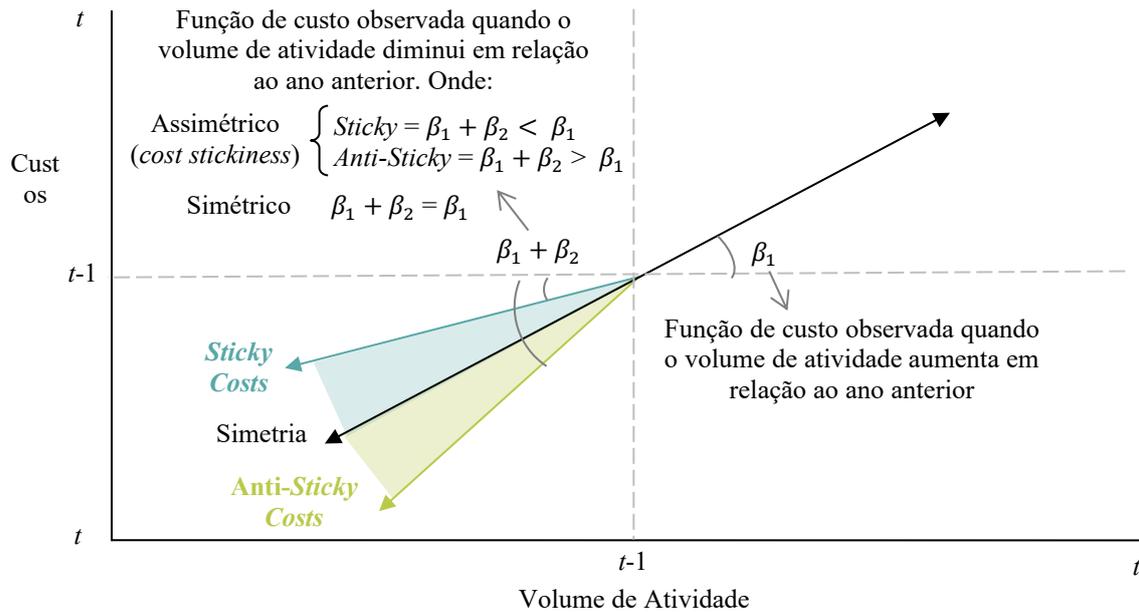


Figura 3. Comportamento dos custos

Fonte: Adaptado de Weiss (2010), Hosomi e Nagasawa (2018b) e Nagasawa (2018)

O comportamento assimétrico dos custos (*costs stickiness*) pode ser considerado um fenômeno global e generalizado (Banker & Byzalov, 2014), pois já foi comprovado em inúmeros países, como: Argentina (Werbin, 2011), Austrália (Bugeja, Lu, & Shan, 2015), Bélgica (Dierynck, Landsman, & Renders, 2012), Canadá (Balakrishnan & Gruca, 2008), Croácia (Pervan & Pervan, 2012), Egito (Ibrahim, 2015), Emirados Árabes Unidos (Zanella *et al.*, 2015), Espanha (Werbin, Vinuesa, & Porporato, 2012), Filipinas (Uy, 2014), Grécia (Kokotakis, Mantalis, Garefalakis, Zanidakis, & Galifianakis, 2013), Irã (Nassirzadeh, Saei, Salehi, & Haddad, 2013; Blue, Moazez, Khanhossini, & Nikoonesbati, 2013; Jalilian & Elyssai, 2014), Itália (Dalla Via & Perego, 2013), Japão (He, Teruya, & Shimizu, 2010), Jordânia (Abu-Serdaneh, 2014), Turquia (Yükçü & Özkaya, 2011) e Estados Unidos da América (EUA), onde as pesquisas tiveram início.

No Brasil, estudos como Medeiros *et al.* (2005), Richartz, Nunes, Borgert e Dorow (2011) e Richartz e Borgert (2014), trouxeram as primeiras evidências do tema. Alguns estudos, também, analisam países comparativamente, como: Calleja, Stelios e Thomas (2006) que verificaram empresas dos EUA, Reino Unido, França e Alemanha; Banker e Chen (2006) que examinaram uma amostra de 12.666 empresas de 19 países membros da *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD); Marques, Santos, Lima e Costa (2014) que analisaram empresas de capital aberto na América Latina; Pamplona, Fiirst, Silva e Zonatto (2016) que utilizaram como amostra as 50 maiores empresas de capital

aberto do Brasil, Chile e México; e Dos Santos, Catapan, De Oliveira e Soares (2017), cuja análise direciona-se a empresas de energia elétrica americanas e brasileiras.

Apesar da extensiva comprovação do fenômeno, que se aplica, também, a diferentes setores e utiliza diferentes variáveis (fatores explicativos) (Richartz & Borgert, 2021), as considerações empíricas no âmbito governamental, sejam empresas públicas, instituições filantrópicas geridas com recursos públicos ou organizações puramente públicas, ainda são limitadas (Nagasawa, 2019). A Tabela 1 apresenta um copilado dos estudos já realizados, incluindo aqueles no setor da saúde, mesmo que não governamental, a fim de demonstrar a evolução do tema e ressaltar suas particularidades e principais achados.

Tabela 1

Estudos sobre *costs stickiness* no contexto governamental e na saúde

Autores	Objetivo	Objeto de estudo	Período	Variáveis	Principais resultados
1. Balakrishnan <i>et al.</i> (2004)	Capturar o efeito de dois fatores que podem moderar a resposta do gerente às mudanças nos níveis de atividade: (i) magnitude da mudança, e (ii) capacidade atual.	49 clínicas privadas de fisioterapia do oeste dos Estados Unidos.	1992-1997	Salário pago aos terapeutas; Número de horas de trabalho do terapeuta; Número de atendimento.	A magnitude da mudança influencia o comportamento dos custos e, no geral, a resposta a uma diminuição nos níveis de atividade (3% ou mais) é menor do que a resposta a um aumento semelhante (<i>sticky costs</i>). Também, há interação significativa com a utilização da capacidade atual: para excesso de capacidade, há comportamento <i>anti-sticky</i> , mas se os recursos da clínica estão esgotados, há comportamento <i>sticky</i> .
2. Balakrishnan e Gruca (2008)	Examinar o comportamento dos custos de curto prazo a nível de departamento hospitalar. Sua hipótese é que os custos relacionados ao atendimento direto ao paciente exibem maior rigidez em relação aos custos nos departamentos de suporte.	Hospitais de Ontário, Canadá. Embora seu financiamento se dê por meio de recursos públicos, a prestação de serviços é de responsabilidade de instituições sem fins lucrativos, a maioria delas privadas. Inclui cuidados agudos, cuidados de longo prazo e instituições especializadas.	1986-1989	Custo operacional bruto; Pacientes-dia equivalente (ponderação dos dias de internação pelos procedimentos emergenciais, ambulatoriais, médicos e cirúrgicos).	No nível hospitalar os custos são <i>sticky</i> . O coeficiente estimado para os serviços principais (associados ao atendimento direto ao paciente) excede o dos serviços auxiliares e de apoio. Assim, à medida que uma função representa a competência central da organização influencia positivamente a rigidez dos custos.
3. Holzhacker <i>et al.</i> (2015)	Examinar o efeito da regulação de preços na elasticidade e na assimetria dos custos hospitalares. Defendem que hospitais com fins lucrativos tem maior flexibilidade para alterar suas estruturas de custos, em comparação aos sem fins lucrativos e governamentais.	Amostra de 70% de toda a população de hospitais da Alemanha (governamentais, com e sem fins lucrativos), pois, a partir de 2003, passaram a ser reembolsados a uma taxa fixa com base em grupos relacionados a diagnósticos (DRGs).	1993-2008	Custo operacional para tratamento de pacientes internados; Dias de internação hospitalar.	Os hospitais responderam às pressões da regulação de preço (DRG) reduzindo a assimetria de custos. As instituições com fins lucrativos obtiveram maior grau de resposta, visto que os hospitais governamentais e sem fins lucrativos são limitados por pressões institucionais mais fortes, devido ao impacto potencialmente adverso que as mudanças na estrutura de custos podem gerar à comunidade.
4. Cohen <i>et al.</i> (2017)	Investigar se os custos de governos municipais mostram comportamento <i>sticky</i> ou <i>anti-sticky</i> .	Municípios gregos.	2002-2008	Despesas administrativas e de relações públicas; Custos de prestação de serviços; Receitas total, tributária e de vendas Subsídios regulares do orçamento estadual.	Os gerentes dos governos locais ajustam os recursos relacionados aos serviços administrativos e de relação públicas mais rapidamente quando as receitas diminuem do que quando aumentam (<i>anti-sticky</i>). Já a taxa de aumento dos custos da prestação de serviços é maior para aumento das receitas do que para diminuições (<i>sticky</i>), sendo que isso ocorre para todos os tipos de receita.

5. Bradbury e Scott (2018)	Examinar o comportamento <i>cost stickiness</i> em um cenário municipal (governo local) e comparar valores previstos e executados para determinar se esse comportamento é incorporado nas previsões.	73 municípios da Nova Zelândia	2008-2012	Custos operacionais (funcionários; despesas correntes com subvenções, subsídios e doações; compras; etc.); Receitas operacionais (arrecadação de impostos; subsídios e receita de doações).	Os custos são <i>super-sticky</i> à medida que aumentam mesmo quando as receitas diminuem. Esse comportamento permanece mesmo após a aplicação de vários métodos para controlar o impacto da estrutura de custos. Além disso, os autores concluem que os gerentes incorporam os <i>sticky costs</i> nas previsões de longo prazo, visto que seus resultados não são significativamente diferentes dos executados.
6. Hosomi e Nagasawa (2018a)	Analisar o comportamento dos custos antes e depois de fusões municipais.	Empresas públicas locais do Japão antes e depois de fusões municipais.	1999-2013	Despesa operacional; Receita operacional.	Os <i>sticky costs</i> foram fortalecidos após a fusão municipal. Além disso, verificou-se que esse comportamento é reforçado pela influência dos recursos materiais (ativos tangíveis) e enfraquecido pelos recursos humanos (custos com mão de obra). Já os ativos intangíveis não tiveram impacto significativo.
7. Hosomi e Nagasawa (2018b)	Verificar o comportamento <i>costs stickiness</i> em empresas públicas locais em comparação a empresas comerciais e analisar se o nível de assimetria é diferente em cada tipo de negócio.	Empresas públicas locais do Japão	1979-1998	Despesa operacional (que inclui os custos das mercadorias vendidas e os custos gerais e administrativos); Receita operacional.	Os <i>costs stickiness</i> não foram confirmados em todas as empresas. Algumas tiveram comportamento <i>sticky</i> e outras <i>anti-sticky</i> . Portanto, o grau de assimetria varia de acordo com o tipo de negócio. Em comparação com as empresas comerciais, os níveis de assimetria das empresas públicas locais demonstram-se mais fracos. Os autores, também discutem sobre alguns fatores que podem influenciar esse comportamento, como as diferenças nos regulamentos legais, taxas de participação no mercado e métodos de precificação.
8. Nagasawa (2018)	Verificar o comportamento <i>costs stickiness</i> em empresas públicas locais, comparando-as com empresas comerciais, e verificar a associação com pressões institucionais, mudanças populacionais e o tipo de negócio	Empresas públicas locais do Japão	1974-2013	Despesa operacional; Receita operacional.	Empresas públicas locais japonesas têm comportamento <i>anti-sticky costs</i> e empresas comerciais tem comportamento <i>sticky</i> . Porém, verificou-se uma mudança ao longo do tempo (passou a ser <i>sticky</i>), pois os administradores perderam a flexibilidade de ajustar recursos por volta do ano 2000. A análise por tipo de negócio indicou diferenças: alguns <i>sticky</i> outros <i>anti-sticky</i> . O aumento da população idosa e a diminuição da população total tiveram uma influência negativa no comportamento de custo. Por fim, a pressão institucional dos políticos influenciou o tempo de resposta, visto que o comportamento de custo mudou gradualmente para um relacionamento proporcional ao longo de quatro anos, enquanto que para as empresas comerciais teve-se ajustes prontamente.

9. Avelar, Rodrigues, Silva e Santos (2019)	Analisar como se comportam, em termos assimétricos, os custos das operadoras de planos de saúde (OPS) de Medicina de Grupo no Brasil.	253 OPS classificadas como medicina de grupo	2010-2016	Despesas com vendas, gerais e administrativas; Custos dos serviços prestados; Custo total; Receita líquida de vendas.	Para os custos totais há um comportamento anti- <i>sticky</i> . Já para os custos dos serviços prestados e para as despesas com venda, gerais e administrativas há um comportamento <i>sticky</i> .
10. Nagasawa (2019)	Verificar se o comportamento dos custos das empresas públicas locais muda antes e após as fusões municipais e esclarecer seus efeitos gerenciais.	Empresas públicas locais do Japão antes e depois das fusões municipais.	1999-2013	Despesa operacional; Receita operacional.	A capacidade de ajuste de recursos diminuiu após a fusão municipal: antes tinha comportamento anti- <i>sticky</i> e depois <i>sticky</i> . Esse comportamento é reforçado com o passar do tempo e pela influência dos recursos materiais (ativo total). Já os recursos humanos (custos de mão de obra) enfraquecem os <i>sticky costs</i> após a fusão.
11. Wu <i>et al.</i> (2019)	Investigar o comportamento <i>sticky costs</i> em escolas públicas e verificar se essa viscosidade é mais proeminente para escolas cujos diretores enfrentam maior pressão de matrícula (variação entre o primeiro e o segundo ano acadêmico).	Escolas públicas do Fundo de Desenvolvimento de Educação da Cidade de Taipei em Taiwan.	2011-2013	Custo operacional (serviços públicos, comunicações, salários, manutenção, relações públicas, suprimentos de escritório, viagem, alugueis e outros); Número de alunos matriculados na escola.	Os custos são <i>sticky</i> e esse comportamento é mais proeminente em escolas cujos diretores enfrentam maior pressão de matrícula. Portanto, considerações não econômicas podem influenciar o comportamento dos custos, ao passo que os gestores das escolas podem manter o nível de gastos quando a demanda diminui por interesses próprios, o que condiz com as perspectivas da Teoria das Escolhas Públicas (TEP) e demonstra uma manifestação de distorção na alocação de recursos sociais.
12. Avelar <i>et al.</i> (2021)	Analisar os efeitos da regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre o comportamento assimétrico dos custos em OPS brasileiras.	OPS classificadas como cooperativas médicas e medicina de grupo.	2010-2018	Despesas com vendas, gerais e administrativas; Custos dos serviços prestados; Custo total; Receita líquida de vendas.	O custo dos serviços prestados não foi significativo na análise dos <i>costs stickiness</i> . Já para os custos totais constatou-se um comportamento <i>sticky</i> e para as despesas com vendas, gerais e administrativas teve-se um comportamento anti- <i>sticky</i> . Esses resultados aplicam-se apenas para as cooperativas médicas, pois não foi possível observar comportamento assimétrico na medicina de grupo. Isso demonstra a importância de se considerar a natureza jurídica das organizações, mesmo que pertencentes a um mesmo setor.
13. Campagnoni <i>et al.</i> (2021)	Analisar o comportamento dos custos nos governos locais de Santa Catarina, na perspectiva dos <i>cost stickiness</i> .	295 municípios de Santa Catarina, Brasil.	1999-2018	Despesa total; Despesa por grupo de classificação funcional; Receitas totais; Receitas por origem de recursos (próprias e transferências governamentais).	O comportamento dos custos nos governos locais de Santa Catarina são predominantemente <i>sticky</i> , visto que foram significativos em 8 dos 9 modelos analisados. Também, verificou-se que, com a utilização da receita fracionada (receitas próprias e transferências governamentais), assim como no fenômeno <i>flypaper</i> , o comportamento dos custos aparenta maior rigidez/grudência.

14. Nagasawa e Nagasawa (2021)	Testar os <i>cost stickiness</i> e avaliar a influência do efeito carona (<i>free-riding</i>) pré-fusão e da construção de impérios pós-fusão, associados a incentivos gerenciais.	Empresas públicas locais do Japão antes e depois das fusões municipais.	1995-2013	Despesa operacional; Receita operacional.	Nos períodos pré-fusão os incentivos de <i>free-riding</i> geram alta rigidez de custos (<i>sticky costs</i>). Já os incentivos de construção de império (pós-fusão) mitigam a rigidez, pois busca-se atender as expectativas das partes interessadas quanto à eficiência de custos. As origens políticas dos administradores influenciam suas decisões de ajuste de recursos.
15. Fabre (2021)	Analisar o comportamento dos custos governamentais, nas classificações funcionais, sob a ótica da Teoria da Finanças Públicas (TFP).	295 governos locais (municípios) de Santa Catarina, Brasil	2005-2020	Custos públicos executados, sendo: (i) total; (ii) por função orçamentária (alocativa, distributiva e estabilizadora); e (iii) por classificação contábil funcional (28 variações); Receita pública total arrecadada.	Os custos públicos municipais têm comportamento assimétrico, sendo: para o custo total <i>sticky</i> ; para os grupos de custos por função de governo <i>sticky</i> (alocativa e distributiva) e <i>reverse</i> (estabilizadora); e para os custos registrados nas contas de função orçamentária, comprovou-se que 43% são <i>sticky</i> , 32% anti- <i>sticky</i> e 25% <i>reverse</i> . Evidenciou-se um comportamento diferenciado, intitulado <i>reverse cost</i> , onde há variação negativa de custos quando a receita aumenta. Também, detectou-se casos em que os custos aumentam mesmo quando as receitas diminuem, denominado apenas como <i>sticky</i> , diferente de Bradbury e Scott (2018) que usou o termo super- <i>sticky</i> .

Fonte: Elaborado pela autora.

Dos estudos apresentados na Tabela 1, apenas Cohen *et al.* (2017), Bradbury e Scott (2018), Campagnoni *et al.* (2021) e Fabre (2021), testaram dados no contexto puramente público, porém, todos utilizaram receita como medida de aproximação do volume de atividade. Wu *et al.* (2019), apesar de, também, se direcionar a órgãos públicos locais, focam em um ambiente com características diferenciadas, com parte dos recursos advindo do setor privado e sem a exigência de equilíbrio orçamentário. Além disso, a *proxy* de volume de atividade utilizada pelos autores restringe-se aos serviços escolares (Wu *et al.*, 2019). Os demais estudos abrangem empresas públicas, instituições filantrópicas e/ou privadas.

2.4 DESENVOLVIMENTO DAS HIPÓTESES

Os estudos que encontraram evidências de *costs stickiness* em organizações públicas, apesar de questionarem a expressividade da relação custo-receita, argumentam que esse fenômeno é legítimo e se origina da missão de interesse público. Holzacker *et al.* (2015), ao comparar os *costs stickiness* de hospitais governamentais com hospitais filantrópicos e hospitais com fins lucrativos, por meio de uma *proxy* de mensuração alternativa para volume de atividade, constataram predominância do fenômeno no contexto público, sob justificativa de que estes estão sujeitos a pressões institucionais mais fortes. Para os autores, os administradores de organizações públicas têm menos capacidade para alterar contratos ou demitir funcionários, pois são pressionados constantemente por restrições institucionais e normativas, inclusive de cunho social, o que acarreta menor capacidade de fazer reduções rápidas de mão de obra ou de capacidade, quando o volume diminui.

Para Nagasawa (2019), a restrição institucional de que o serviço deve ser prestado mesmo que não seja lucrativo, pode ser considerada, do ponto de vista do interesse público, como um problema potencial de atraso nos ajustes de custos. Esse argumento, também, é utilizado por Bradbury e Scott (2018), ao observar que os custos municipais aumentam independentemente da mudança direcional na receita, visto que os municípios têm incentivos relacionados a contratos sociais para manter a prestação de serviços públicos e os gastos relativos, mesmo quando a receita diminui.

Assim e ao considerar que na saúde essas restrições podem aumentar devido ao seu caráter prioritário e, por vezes, imediatista, com ações que envolvem diretamente o bem-estar e a saúde dos indivíduos, ressalta-se a importância de utilizar uma medida mais adequada para o volume de atividade. Além disso, mesmo com uma métrica mais representativa, a rigidez de custos ainda é esperada, dada a necessidade de manutenção dos gastos para atender as diferentes demandas populacionais (Holzacker *et al.*, 2015), ainda mais no Brasil, onde o

acesso à saúde é considerado um direito social (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988). Para Balakrishnan e Gruca (2008), os custos de ajuste são mais altos para atividades cuja natureza é, frequentemente, incerta, o que faz com que as empresas celebrem contratos de trabalho de longo prazo e, por vezes, mantenham estruturas de custos com capacidade subutilizada. Como exemplo, cita-se as medicações antiofídicas que, mesmo com baixa demanda, precisam ser mantidas em condições de uso, a fim de atender casos esporádicos. Portanto, formula-se a seguinte hipótese:

Hipótese 1: Os custos das unidades públicas de saúde exibem um comportamento *sticky*: aumentam mais quando o volume de atividade aumenta do que diminuem quando o volume cai numa mesma proporção.

Contudo, pondera-se que essas unidades representam diferentes níveis de complexidade em saúde, com diferentes funções e características de custos específicas, pois abrangem um sistema amplo de assistência. Isso pode resultar em diferentes padrões de comportamento dos custos ou, ao menos, em diferentes níveis de assimetria. Ao analisar os *costs stickiness* em hospitais canadenses, a nível de departamento, Balakrishnan e Gruca (2008) encontraram diferenças entre atividades vinculadas a competência central, que envolvem o atendimento direto ao paciente, e aos serviços de suporte. Segundo os autores os custos de ajuste para contratação e treinamento de pessoal médico especializado são significativamente maiores do que os custos com pessoal de apoio. Hoffmann (2017) corrobora, ao afirmar que o nível de especialidade requerido, principalmente de mão de obra, impacta as decisões de manutenção ou de atrasos nos ajustes de custo, a fim de firmar relações com esses profissionais.

Ao considerar esses preceitos e dada a possibilidade de diferenças intrasetoriais ressaltada por Avelar *et al.* (2021), espera-se variações no comportamento dos custos, também, entre unidades de saúde, em função dos níveis de complexidade que abrangem. Para Bleicher e Bleicher (2016), as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) são organizadas em níveis de atenção, relativos a diferentes graus de complexidade, especialmente no âmbito dos equipamentos à disposição da população. De acordo com o item 3.5, Anexo da Portaria n. 4.279 (2010), essa estrutura se baseia em “arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares”, que variam da menor (atenção primária ou básica), até a maior densidade tecnológica (atenção terciária), sendo intermediada pela atenção secundária.

A atenção primária envolve profissionais de formação generalista voltados para a resolução dos problemas que exigem menos aparatos tecnológicos, sendo considerada a porta

de entrada do SUS. De acordo com a necessidade, os usuários podem ser encaminhados para os níveis secundário e/ou terciário, por meio do sistema de referência e contrarreferência¹⁷. O nível secundário envolve atividades que requerem profissionais especializados e equipamentos de maior densidade tecnológica. Já a atenção terciária exige profissionais altamente especializados e muitos equipamentos, em geral, bastante caros (Bleicher & Bleicher, 2016).

Assim, dado o seu caráter generalista, as unidades que atuam com atenção primária, tendem a ter equipes e estruturas mais adaptáveis às diferentes demandas de saúde. Já as unidades que atuam em níveis mais elevados de complexidade, dado o grau de especialidade e tecnologia requeridos, tendem a possuir maior rigidez de custos. Portanto, apresenta-se a seguinte hipótese de pesquisa:

Hipótese 2: Unidades públicas de saúde com maior grau de especialização possuem custos mais *sticky* do que unidades de atenção primária.

2.5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para alcançar o objetivo proposto, o estudo analisa unidades assistenciais de saúde de um único município, ao longo de três anos. As variáveis contempladas são custo operacional e, para o volume de atividade, ao invés da receita, se estabelece uma forma alternativa de mensuração, com respeito à realidade e às particularidades do setor. Para a Hipótese 1, utiliza-se o método de regressão para dados em painel e contempla-se todas as unidades. Já para a Hipótese 2, utiliza-se um cálculo manual e analisa-se duas amostras distintas: atenção primária e atenção especializada. A seguir apresenta-se o detalhamento metodológico e as justificativas para essas escolhas e delimitações.

¹⁷ Esse sistema se caracteriza como uma forma de organização dos serviços de saúde, onde o usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é referenciado, ou seja, encaminhado para uma unidade de maior complexidade para receber o atendimento de que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa especialidade, o profissional deve contrarreferenciar o usuário, ou seja, encaminhá-lo para a unidade de origem, a fim de que dê continuidade ao atendimento. “A referência e contrarreferência devem ser feitas em formulário próprio da instituição, preenchido pelo profissional de nível superior responsável” (Alves, Guedes, Martins, & Chianca, 2015, p. 470).

2.5.1 População e amostra

O estudo direciona-se, especificadamente, às unidades públicas de saúde do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Essa delimitação, com uma amostra por conveniência, ocorre em função do acesso aos dados.

O sistema de saúde de Florianópolis é composto por unidades assistenciais, unidades de apoio (como, almoxarifado, núcleo ampliado de saúde da família – NASF e o laboratório de saúde pública do município – LAMUF) e unidades de gestão. Segundo Balakrishnan e Gruca (2008), na medida em que uma função representa a competência central na organização, os administradores relutam em reduzir custos, o que tende a gerar maior assimetria. Portanto, esse estudo direciona-se às unidades assistenciais, visto que estas envolvem contato direto com os usuários e vinculam-se diretamente à operação.

Assim, analisam-se os *costs stickiness* de 63 unidades de saúde em 2016, 2017 e 2018. Esse recorte temporal se deve ao melhor tratamento e alocação dos custos entre as unidades, visto que, em 2019, ocorreu uma mudança no sistema de controle de estoque e armazenamento, com alterações significativas nas classificações e na categorização dos itens. Portanto, a inclusão de períodos posteriores pode prejudicar as análises, ao passo que a diversificação nas informações inibe sua comparabilidade.

As unidades analisadas dividem-se em: 48 Centros de Saúde (CS), também denominados Unidades Básicas de Saúde (UBS); quatro Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS); quatro Policlínicas; duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA); quatro Distritos Sanitários (DS); e uma Farmácia Escola. Cada tipo de unidade se direciona a ações específicas, com diferentes níveis de especialização.

As UBS prestam ações e serviços de atenção básica e integral à população, sendo consideradas unidades de “atenção primária”. A assistência é prestada pelas equipes de Saúde da Família (eSF) ou Equipes de Atenção Básica (eAB), que são compostas por médicos da família, da comunidade ou médicos generalistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitário de saúde, com ou sem profissionais de saúde bucal (equipe de Saúde Bucal – eSB), a fim de assegurar o acolhimento, a assistência e a escuta ativa e qualificada aos usuários (Portaria n. 2.436, 2017). O artigo 6 da Portaria n. 2.436 (2017) estabelece que “todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, serão denominados Unidade Básica de Saúde – UBS”.

As clínicas especializadas, como os CAPS, destinam-se à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência. Já as policlínicas prestam atendimento

ambulatorial em várias especialidades (SISREG, 2017). Portanto, ambas podem ser consideradas unidades de “atenção especializada”. As UPA, também, são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária (atenção especializada), pois se destinam aos serviços de urgência e emergência. Devem prestar atendimento aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e atendimento inicial aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, a fim de definir a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (Portaria n. 1.600, 2011).

As farmácias são estabelecimentos de saúde isolados, em que é feita a dispensação de medicamentos básicos/essenciais ou medicamentos excepcionais, com alto custo, que estão previstos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução n. 338, 2004; SISREG, 2017). A unidade em questão se refere a uma Farmácia Escola, oriunda de um convênio firmado entre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), para atendimento de pacientes do componente básico e de pacientes do componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF) (Universidade Federal de Santa Catarina, 2021). Dada a possível arbitrariedade na classificação dessa unidade por nível de complexidade, opta-se por considerá-la de forma isolada, como uma unidade à parte. Além disso, no período em questão, a SMS de Florianópolis tratava esta como uma unidade de apoio e não assistencial. Contudo, como realiza diversos atendimentos diretos à população, mantém-se na amostra para fins de análise e discussão, mesmo que em grupo distinto.

Da mesma forma, os distritos sanitários referem-se a unidades operacionais e administrativas mínimas do sistema de saúde, definidas a partir de “critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e político” (Mendes, 1999, p. 188). Por isso, são classificadas pela SMS como unidades de gestão, visto que representam uma delimitação político-administrativa (regionais de saúde). Ainda assim, como possuem procedimentos e custos diretamente vinculados, passam a compor a amostra, mesmo que sem classificação por nível de complexidade, pois apesar de não representarem unidades físicas são institucionalizadas no sistema.

A Figura 4 demonstra os tipos de unidades contempladas no estudo e sua segregação por nível de atenção à saúde.

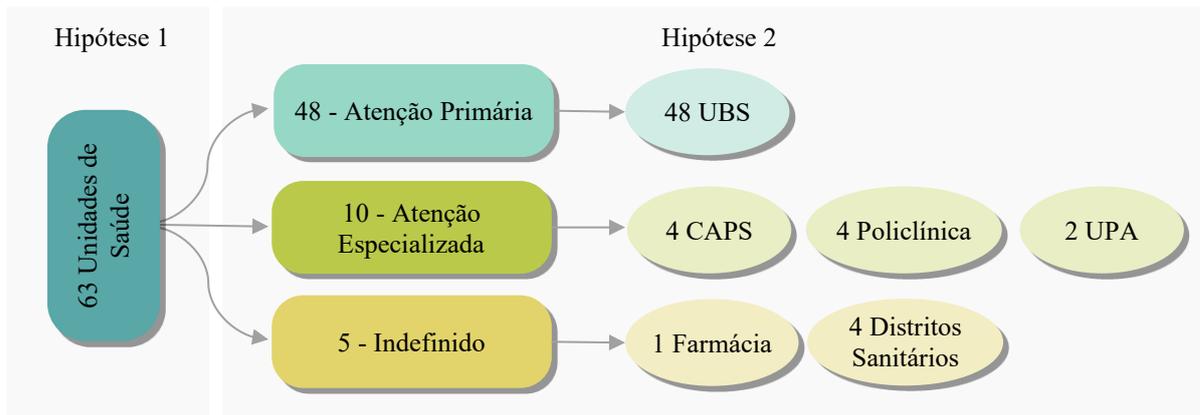


Figura 4. Unidades de saúde em análise, por nível de atenção

Fonte: Elaborado pela autora.

2.5.2 Coleta, tratamento e análise dos dados

O modelo analítico sintetizado por Anderson *et al.* (2003) é a base dos estudos empíricos sobre os *costs stickiness*, sendo utilizado, inclusive, para verificações em instituições governamentais (Holzhacker *et al.*, 2015; Cohen *et al.*, 2017; Bradbury & Scott, 2018; Wu *et al.*, 2019; Fabre, 2021). Portanto, este estudo, também, utiliza esse modelo, mas com adaptações no que se refere às *proxies* de mensuração.

A literatura anterior já examinou os *costs stickiness* em diferentes categorias de custos. Além dos custos de vendas, gerais e administrativos, utilizado por Anderson *et al.* (2003), aplicou-se o modelo aos custos totais, aos custos das mercadorias vendidas ou serviços prestados e aos custos com mão de obra (Balakrishnan & Gruca, 2008; Weiss, 2010; Banker & Byzalov, 2014; Subramaniam & Watson, 2016; Pamplona *et al.*, 2016; Reis & Borgert, 2019; Richartz & Borgert, 2021; Avelar *et al.*, 2021). Para Balakrishnan e Gruca (2008), a determinação da conta de custos a ser analisada deve atentar às peculiaridades da organização e, indiferente da escolha, esses valores necessitam ser atualizados por um índice geral de nível de preços, para controlar a inflação. Portanto, utiliza-se os custos operacionais atualizados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)¹⁸ do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), calculado por meio do *site* do Banco Central do Brasil (BCB, 2022). Essa abordagem é consistente com estudos como Balakrishnan e Gruca (2008), Weiss (2010), Kama e Weiss (2013), Holzhacker *et al.* (2015), Bradbury e Scott (2018) e Wu *et al.* (2019) que, também, utilizaram custos operacionais em suas análises.

¹⁸ Utiliza-se o IPCA por ser o índice base para definição do Regime de Metas da Inflação pelo Conselho Monetário Nacional (CMN).

O custo operacional inclui todos os gastos atribuídos a cada unidade para o andamento de suas atividades, ou seja, engloba desde gastos com remuneração de pessoal (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos, administração, agentes comunitários de saúde – ACS, agentes de combate às endemias – ACE, entre outros), medicamentos (básicos, controlados e estratégicos), demandas judiciais, oxigênio, insumos e materiais médicos, odontológicos, de enfermagem e de acupuntura, até gastos com rouparia, limpeza e higiene, copa, uniformes, equipamento de proteção individual (EPI), materiais de expediente, impressos, aluguel, água, luz, telefone, internet, segurança, veículos e transportes, sistemas de registro eletrônico, manutenção predial e de equipamento, depreciação e outros. Cabe destacar que há, também, custos com contratualizações¹⁹, para os quais há diferenças no tratamento e na forma de alocação ao longo do período. Assim, dada a impossibilidade de distribuição desses valores às unidades demandantes em todos os anos, opta-se por não os incorporar nas análises.

De acordo com a SMS de Florianópolis (2021), seu sistema de custos utiliza a metodologia de apuração de custeio por absorção, ao realizar a apropriação integral de todos os gastos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais, a fim de identificar o custo de cada unidade. Para isso, emprega controles gerenciais compatíveis com os métodos adotados pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC).

Ao utilizar esses valores, atende-se as recomendações de Shust e Weiss (2014) e Krisnadewi e Soewarno (2021), pois amplia-se as análises para além de registros contábeis e orçamentários, a fim de minimizar seus efeitos e capturar a realidade do contexto. Além disso, utiliza-se uma medida alternativa para o volume de atividade. Ao invés da receita, conforme denotado por Anderson *et al.* (2003) e amplamente reproduzido na literatura posterior, propõem-se um índice próprio, denominado IVA (Índice do Volume de Atividade).

Para calcular o IVA, apura-se os quantitativos de atendimentos em cada unidade de saúde e em cada ano, os quais consideram os diferentes procedimentos realizados, com base a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS, instituída pela Portaria n. 321 (2007). Ao todo as unidades realizaram 622 diferentes procedimentos, sendo alguns mais corriqueiros e outros esporádicos. Essas informações,

¹⁹ São relações pactuadas entre gestores e terceiros, geralmente entes privados, onde se estabelecem obrigações recíprocas e condições de participação complementar dos serviços. Essas relações normalmente são formalizadas mediante contrato ou convênio (Santos, Souza, Martins, Rosado, & Pinto, 2018). Em Florianópolis, entre 2016 e 2018, as contratualizações representavam cerca de 10% dos gastos com saúde. Apesar dessa representatividade, por questões metodológicas, esses valores não são contemplados na análise. Ainda assim, cabe destacar que são recursos com maior flexibilidade de ajuste, pois são estabelecidos conforme a demanda real, porém, têm maior influência de mercado e, principalmente, dos preços de venda.

assim como os dados de custo, foram disponibilizadas pela própria SMS e por meio de análises documentais: tabela de cálculo de custo e de produção; e da tabela de procedimentos realizados, por unidade e por ano.

Dada essa pluralidade e os diferentes níveis de complexidade envolvidos, assim como Balakrishnan e Gruca (2008), propõe-se uma forma de equivalência entre os procedimentos, a fim de se ter uma escala comum de conversão, tornando-os comparáveis (Banker & Bysalov, 2014). Para isso, utiliza-se os conceitos de equivalência mínima, que segundo Allora e Allora (1995) transforma uma produção diversificada em unificada, incorporando aspectos técnicos e econômicos. Assim, no intuito de ponderar a quantidade de vezes que cada procedimento foi realizado, pelo seu esforço de execução e demanda de recursos tecnológicos, atribui-se pesos comparativos entre esses procedimentos.

A determinação desses pesos decorre de duas metodologias. Uma, mais objetiva, considera os preços atribuídos na Tabela de Procedimentos do SUS, visto que, no Brasil, há a presença de um sistema de pagamento prospectivo, para o qual essa tabela serve como base (Almeida, Travassos, Porto, & Labra, 2000). Isso porque, parte-se da premissa de que procedimentos mais caros, demandam mais tecnologia e mão de obra e, portanto, geram mais esforço de execução, o que condiz com as perspectivas e motivações da utilização da receita (Anderson *et al.*, 2003; Banker & Bysalov, 2014). Esses dados são coletados na Tabela Unificada, do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (SIGTAP, 2021). Considera-se a média de preços dos procedimentos nos três anos analisados, segregados entre o contexto ambulatorial e o hospitalar.

Contudo, há procedimentos não precificados na SIGTAP. Portanto, utiliza-se uma metodologia complementar, mais subjetiva, onde são consultados especialistas, ou seja, diferentes profissionais que atuam diretamente com a assistência à saúde, a fim de completar as informações, comparativamente aos pesos já existentes, bem como, revisar os pesos já atribuídos. Esses profissionais, também, são divididos entre o contexto ambulatorial (uma enfermeira, um médico generalista e um dentista de UBS) e o contexto hospitalar (uma enfermeira, um médico emergencista, uma fisioterapeuta, uma farmacêutica bioquímica e um médico radiologista).

Para captar a experiência e percepção desses profissionais, atribuir os pesos faltantes e revisar os demais, disponibiliza-se, para cada um, a listagem completa dos procedimentos, a fim de que este filtre apenas aqueles que são de sua competência. Para os procedimentos selecionados, solicita-se que os especialistas atribuam um peso (número) proporcional ao

esforço/complexidade de execução, ao tomar por base aqueles já existentes, ajustando-os caso necessário.

Com os pesos atribuídos a cada procedimento, no contexto ambulatorial e hospitalar, seja com base na Tabela SUS ou pela média dos valores imputados pelos especialistas, realiza-se a média geral e transformam-se esses valores em uma escala, ao considerar a proporcionalidade de cada um em relação ao procedimento base, ou seja, aquele de maior peso (100%). Em seguida, multiplica-se esse peso escalonado pelo quantitativo de cada procedimento e chega-se ao índice do volume de atividade parcial por procedimento (IVA proc), os quais são somados para compor o IVA de cada unidade (i) em cada período (t). Abaixo, apresenta-se a fórmula relativa a esse cálculo.

$$IVA_{i,t} = \Sigma IVA \text{ proc.}$$

Sendo,

$$IVA \text{ proc.} = N^{\circ} \text{ de vezes que o procedimento foi realizado}_{i,t} \times \left(\frac{\text{peso do procedimento}}{\text{peso do procedimento base}} \right)$$

Em resumo, estabelecem-se os seguintes constructos e variáveis de pesquisa, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2
Constructos, variáveis e forma de mensuração do Estudo 1

Constructos	Definição constitutiva	Autores	Variáveis	Forma de mensuração	
Simetria	Os custos se alteram de forma simétrica e proporcional às variações do volume, direcionada pela amplitude	Anderson <i>et al.</i> (2003)	Variação dos custos em períodos de aumento e diminuição do volume de atividade	Custo	Custos operacionais: valor destinado/atribuído para cada Unidade de Saúde.
<i>Sticky costs</i>	Os custos aumentam numa dimensão superior quando há aumento do volume de atividade do que reduzem quando este diminui	Anderson <i>et al.</i> (2003)			
<i>Anti-sticky costs</i>	Os custos reduzem numa dimensão superior quando há redução do volume de atividade do que aumentam quando este se eleva	Balakrishnan <i>et al.</i> (2004) e Weiss (2010)		Volume de Atividade	Índice do Volume de Atividade (IVA) da unidade: quantitativos de atendimento (por procedimento) multiplicado pelo grau/peso relativo ao seu esforço de execução

Fonte: Elaborado pela autora.

Com base nessas variáveis, utiliza-se o modelo adaptado dos *costs stickiness* (Anderson *et al.*, 2003), conforme segue:

$$\log \left\{ \frac{Custos_{i,t}}{Custos_{i,t-1}} \right\} = \alpha + \beta_1 \log \left\{ \frac{IVA_{i,t}}{IVA_{i,t-1}} \right\} + \beta_2 Dummy_{Diminuição} \times \log \left\{ \frac{IVA_{i,t}}{IVA_{i,t-1}} \right\} + \varepsilon_{i,t}$$

De acordo com esse modelo, em função da constante α , dos coeficientes angulares β_1 e β_2 e do erro aleatório ε , consegue-se prever o reflexo nos custos operacionais quando o volume de atividade sofre variações (Richartz & Borgert, 2021), o que permite averiguar a Hipótese 1. Isso porque, o coeficiente β_1 mede o aumento percentual nos custos operacionais após um aumento de 1% no índice de volume de atividade. Já a variável *dummy* diminuição é incorporada no modelo para sinalizar a direção dessa variação na unidade de saúde i no ano t , e é igual a 1 se o volume diminui em comparação ao período anterior ($t - 1$) e zero caso contrário. Assim, a soma dos coeficientes β_1 e β_2 mede a redução percentual nos custos operacionais para uma redução de 1% no índice de volume de atividade.

A utilização do logaritmo natural dos valores (*log*) é prevista por Anderson *et al.* (2003) no intuito de gerar comparabilidade entre as instituições, reduzir o potencial de heteroscedasticidade dos dados e obter uma distribuição normal. Essa técnica tem recebido algumas críticas, visto que, para Balakrishnan, Labro e Soderstrom (2014), a especificação logarítmica do modelo empírico torna provável que o comportamento *cost stickiness* ocorra, devido a deseconomias de escala e a estrutura de custos específica da empresa. Portanto, sugerem que os pesquisadores considerem a aplicação de regressões lineares do tipo Fama-Macbeth; concentrem-se em um setor definido de maneira restrita; e utilizem variáveis de controle como efeitos fixos e como moderadores. Contudo, Banker e Byzalov (2014) defendem a utilização dessa técnica para ajuste do modelo, sendo que este estudo se apoia em seus argumentos e utiliza o logaritmo natural, assim como Holz hacker *et al.* (2015), Cohen *et al.* (2017), Bradbury e Scott (2018) e Wu *et al.* (2019), porém, em consonância com as recomendações de Balakrishnan *et al.* (2014), direciona-se a um único setor.

Utiliza-se o método de regressão para dados em painel, pois, desta forma, evidencia-se a heterogeneidade individual da amostra, ao analisar as características de *cross-section* (diferentes indivíduos) e de séries de tempo (evolução temporal) (Gujarati, 2006). Os parâmetros são estimados pelo método da máxima verossimilhança restrita (*Restricted Maximum Likelihood* – REML), com o pacote *lme4* (Bates, Mächler, Bolker, & Walker, 2015) do *software* livre R® (R Core Team, 2021)²⁰. Esse método é aplicável a modelos mistos (mistura de efeitos fixos e aleatórios), balanceados ou não balanceados. Sua função é dividida

²⁰ Apesar de se optar por este modelo de estimação, cabe destacar que foram realizados testes com outros modelos, ao utilizar os pacotes *lm*, *lme* e *plm* do *software* livre R®, os quais remeteram os mesmos resultados. Essa confrontação/validação foi proposta, pois os testes Chow, LM (*Langrage multiplier*) de Breusch-Pagan e Hausmann, que confrontam os modelos POLS, Fixo e Aleatório, indicaram o modelo fixo como o mais adequado.

em duas partes, de modo que a maximização da parte livre dos efeitos fixos fornece estimadores de máxima verossimilhança para os componentes de variância, e a outra fornece os estimadores para o efeito fixo (Fernandez, 1993). Além disso, leva em consideração a perda em graus de liberdade resultante da estimativa de efeitos fixos (Harville, 1977).

Para averiguar o ajuste do modelo e sua validade, são verificados alguns pressupostos básicos: variância constante dos termos de erros (homocedasticidade), por meio do teste Breusch-Pagan; aleatoriedade e independência dos resíduos (ausência de autocorrelação), pelo teste Durbin-Watson; não correlação elevada entre as variáveis explicativas (ausência de multicolineariedade) pelo fator de inflação da variância (VIF); e distribuição normal dos resíduos pelo teste RESET e Shapiro-Wilk (Gujarati, 2006).

Esses testes indicam que o modelo é linear/normal (RESET = 1,6788 com $p\text{-value} = 0,1909$ e Shapiro-Wilk com $p\text{-value} > 0,05$ para os resíduos e para o \log da variação do custo e da variação do IVA) e homocedástico (BP = 1,2324 com $p\text{-value} = 0,2669$). Além disso, o \log da variação do IVA e da *dummy* diminuição apresentam VIF de 3,339 e $1/\text{VIF}$ de 0,299. Para Richartz e Borgert (2021), valores de VIF maiores que 10 e valores de $1/\text{VIF}$ próximos de 1 indicam que as variáveis independentes são altamente colineares. Portanto, pode-se afirmar que os dados, também, atendem a esse pressuposto. Já o teste Durbin-Watson indica a presença de autocorrelação (DW = 1,1186 com $p\text{-value} = 0,0000002333$). Contudo, a análise gráfica realizada, conforme demonstrado no Apêndice C, assume o ajuste do modelo.

Na Hipótese 2, avalia-se os *costs stickiness* para duas amostras distintas: (i) unidades de atenção primária; e (ii) unidades de atenção especializada, conforme especificado na Figura 4. Assim, dado o baixo número de observações na atenção especializada (20 observações: dez unidades em dois períodos), a análise estatística, conforme Hipótese 1, fica inviabilizada. Portanto, para gerar comparabilidade entre os níveis de atenção, em ambas as amostras, calcula-se a assimetria manualmente, de acordo com as etapas descritas na Figura 5.

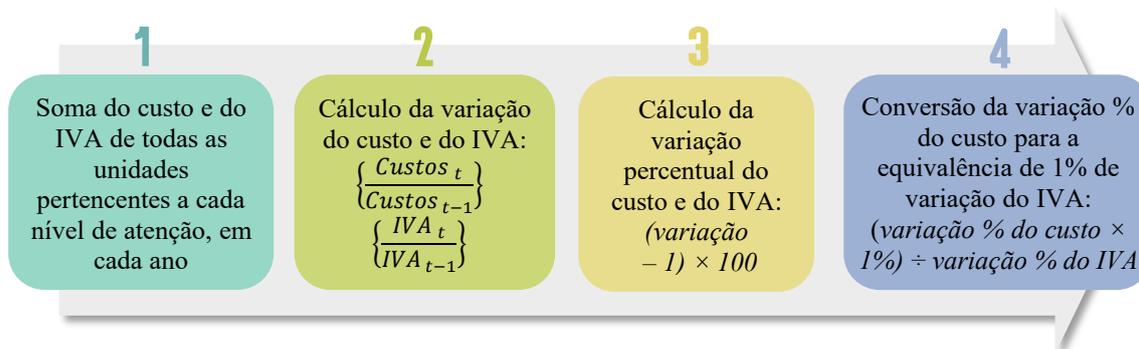


Figura 5. Etapas para cálculo manual da assimetria

Fonte: Elaborado pela autora.

Assim, obtêm-se o percentual de variação do custo para 1% de aumento e para 1% de diminuição do volume de atividade (IVA), como proposto por Anderson *et al.* (2003). Porém, por incorporar os valores de todas as unidades (soma), sem aplicar o modelo estatístico de dados em painel, capta-se apenas as variações de séries de tempo, sem considerar as variações entre indivíduos (*cross-section*), o que requer certa cautela, pois caracteriza-se como uma limitação do estudo. Contudo, ao avaliar o grau de assimetria, ou seja, a diferença entre o ponto simétrico esperado e o resultado da variação dos custos quando ocorre diminuição de 1% do IVA, para cada nível de atenção à saúde, é possível verificar se a atenção especializada, de fato, possui custos mais *sticky* (grudentos/pegajosos e difíceis de serem descontinuados) em relação à atenção primária, o que vai ao encontro da Hipótese 2.

2.6 RESULTADOS

Para discussão dos resultados, apresenta-se uma análise descritiva dos custos operacionais e do índice de volume de atividade (IVA), a fim de compreender melhor essas variáveis e seu comportamento. Em seguida analisa-se o modelo geral, direcionado à Hipótese 1, e o modelo por nível de atenção à saúde (complexidade), voltado para a Hipótese 2. Por fim, são debatidos esses resultados e realizada uma análise complementar, que visa expandir as discussões, justificar os achados e trazer uma visão individualizada das unidades de saúde.

2.6.1 Custos operacionais

Ao longo dos três anos analisados as unidades de saúde de Florianópolis tiveram um custo total de R\$ 622.525.656,11 (valores corrigidos pelo IPCA) para manter suas operações. Entre 2016 e 2017 esse custo teve uma redução de 18,99%, que equivale a R\$ 44.157.429,67. Já entre 2017 e 2018 o custo teve uma elevação de 7,13% (R\$ 13.434.256,16). A Figura 6 apresenta os valores anuais e sua distribuição entre os tipos de unidades.

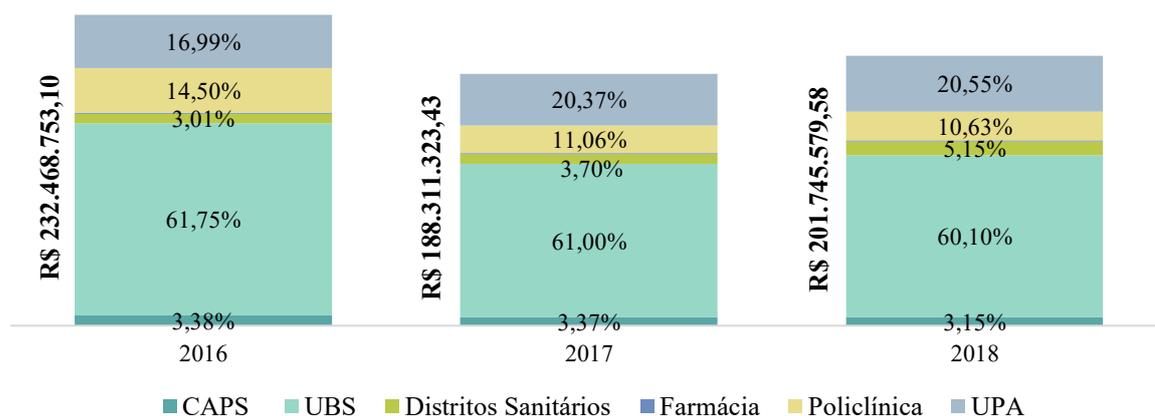


Figura 6. Custos operacionais e sua distribuição por tipo de unidade de saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota-se na Figura 6, uma concentração, em todos os anos, de gastos nas UBS. Isso decorre da quantidade de unidades desse tipo, visto que havia 48 centros de saúde (UBS) em Florianópolis nesse período. Assim, apesar dessa representatividade, seu custo médio por unidade é inferior às policlínicas e às UPA, conforme verifica-se na Tabela 3.

Tabela 3

Custo operacional médio (em R\$) por unidade de cada tipo, em cada ano

Unidade	Quantidade de Unidades	2016	2017	2018	Geral
CAPS	4	1.964.568,10	1.585.298,46	1.589.904,71	1.713.257,09
UBS	48	2.990.620,52	2.392.941,16	2.525.863,97	2.636.475,21
Distr. Sanitários	4	1.751.163,72	1.743.648,48	2.599.627,72	2.031.479,97
Farmácia	1	855.268,89	940.889,94	825.404,13	873.854,32
Policlínica	4	8.424.773,72	5.207.297,37	5.363.845,24	6.331.972,11
UPA	2	19.750.838,58	19.182.140,38	20.732.597,14	19.888.525,37
Total	63	3.689.980,21	2.989.068,63	3.202.310,79	1.713.257,09

Fonte: Elaborado pela autora.

As duas UPA (Norte e Sul da Ilha) são as que possuem o maior custo operacional entre todas as unidades nos três anos, com destaque para 2018, onde a UPA Norte teve um custo de R\$ 20.554.894,45 e a UPA Sul R\$ 20.910.299,83. Já os menores valores pertencem à Farmácia Escola, em 2016 (R\$ 855.268,89), e à UBS Caieira da Barra do Sul, em 2017 e 2018 (R\$ 608.443,27 e R\$ 610.372,16, respectivamente). As quatro policlínicas, também, se destacam por seus custos elevados, em especial as unidades Centro e Continente, com um custo anual médio de R\$ 8.817.093,03 e R\$ 9.759.989,67, respectivamente. Já as policlínicas Norte e Sul tem custos anuais médio de R\$ 2.803.273,09 e R\$ 3.947.606,63.

Percebe-se, portanto, que os maiores valores pertencem a unidades de atenção especializada. As dez unidades classificadas nesse nível têm, conjuntamente, um custo anual

médio de R\$ 71.957.967,54, com média de R\$ 7.195.796,75 por unidade, enquanto as 48 unidades de atenção primária (UBS) somam um custo anual médio de R\$ 126.550.810,28, mas a média por unidade é consideravelmente menor (R\$ 2.636.475,21).

Em termos de variação entre os períodos, conforme nota-se na Figura 7, entre 2016 e 2017, a maioria das unidades sofreu redução de custos, principalmente as policlínicas, que, conjuntamente, tiveram uma queda de 38,19%, o que equivale a R\$ 12.869.905,39. A exceção foi a Farmácia Escola, cujos custos aumentaram 10,01% (R\$ 85.621,05). Já entre os anos de 2017 e 2018, a farmácia foi a única a ter queda dos custos (12,27%, que correspondente R\$ 115.485,81). As demais unidades tiveram aumentos, mas em menor escala do que as quedas do ano anterior. Apenas as UPA e os Distritos Sanitários tiveram aumentos de custo superior, sendo que, para as últimas, esse aumento foi de 49,09% (R\$ 3.423.916,93).

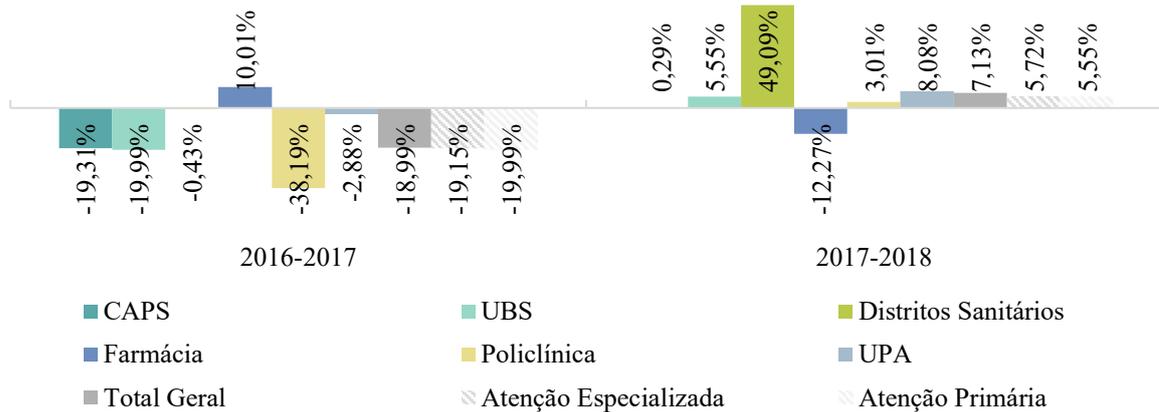


Figura 7. Variação percentual do custo operacional entre períodos

Fonte: Elaborado pela autora.

Esse comportamento (queda dos custos entre 2016 e 2017 e aumento entre 2017 e 2018) se reflete na somatória das unidades de atenção primária (UBS) e das unidades de atenção especializada (CAPS, Policlínicas e UPA).

2.6.2 Índice do volume de atividade (IVA)

O índice do volume de atividade teve um comportamento similar aos custos, com redução entre 2016 e 2017 e elevação em 2018. Contudo, a redução foi inferior, visto que o IVA caiu 5,12%, 13,87 pontos percentuais a menos que o custo. Já o aumento foi 4,67 pontos percentuais maiores do que o aumento dos custos (acréscimo de 11,80%). A Figura 8 apresenta o IVA calculado ano a ano e sua distribuição entre os tipos de unidades.

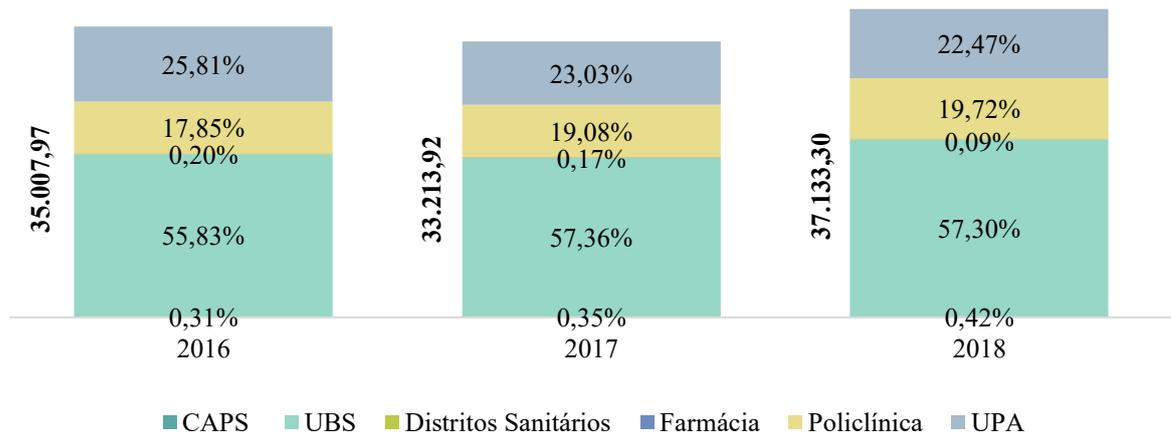


Figura 8. IVA e sua distribuição por tipo de unidade de saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

Assim como para o custo, há uma concentração percentual do IVA nas UBS, o que, também, decorre da quantidade de unidades desse tipo. Isso porque, ao analisar a média anual por unidade, os maiores resultados estão nas UPA (4.171,72) e nas policlínicas (1.659,25), já as UBS têm IVA anual médio de 415,79/unidade.

As UPA, além de possuírem os maiores custos, também, têm os maiores IVAs, com destaque para 2016: UPA Norte 5.096,22 e UPA Sul 3.938,77. Na sequência, as maiores médias anuais pertencem as seguintes unidades: Policlínica Centro (3.092,22), UBS Saco Grande (1.677,44); Policlínica Norte (1.519,91); Policlínica Continente (1.256,78); e UBS Ingleses (1.108,46). Portanto, verifica-se uma concentração de resultados expressivos em unidades de atenção especializada, que possuem média anual de IVA de 1.510,70/unidade, enquanto na atenção primária o resultado é 389,82/unidade.

Quanto às variações entre os períodos, apesar de, no geral, se ter um comportamento similar ao custo, há algumas variações significativas, conforme se pode notar na Figura 9.

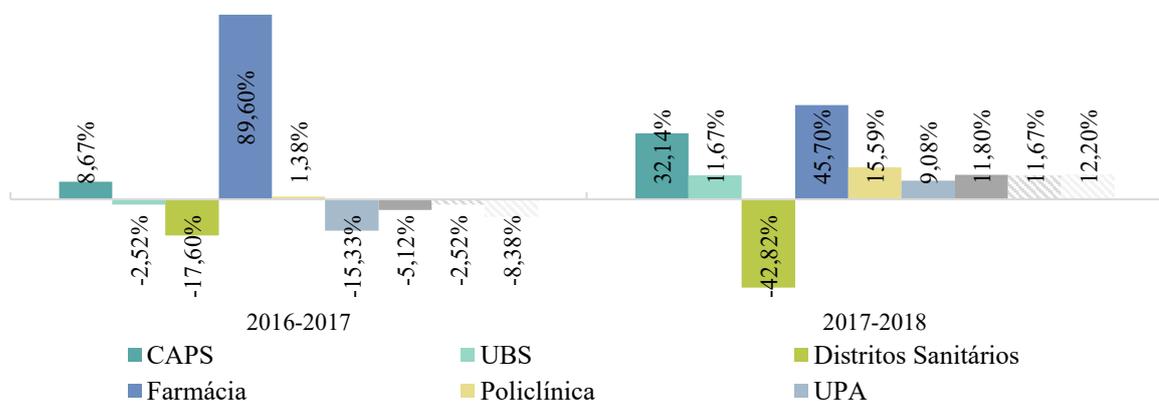


Figura 9. Variação percentual do IVA entre períodos

Fonte: Elaborado pela autora.

A farmácia, que teve um aumento de custo entre 2016 e 2017 seguido de uma redução, para o IVA apresentou aumentos significativos em ambos os períodos (89,60% e 45,70%). Os CAPS e as policlínicas, cujo custo reduziu entre 2016 e 2017, em especial as policlínicas que tiveram a maior redução (38,19%), para o IVA tiveram aumentos consecutivos. Já os distritos sanitários, que tiveram o maior crescimento de custos entre 2017 e 2018, para o IVA tiveram reduções em ambos os períodos, sendo que a variação nesse mesmo período foi de -42,82%.

Apesar das diferenças nos percentuais de queda e elevação, no geral, o IVA para atenção primária e para a atenção especializada apresentam um comportamento similar ao custo, com redução entre 2016 e 2017 (2,52% e 8,38%, respectivamente) e aumento em 2018 (11,67% e 12,20% respectivamente).

Dado esse panorama parte-se para a análise das hipóteses de pesquisa, a iniciar pela Hipótese 1, que prevê que os custos das unidades públicas de saúde exibem um comportamento *sticky*. Para isso, analisa-se de forma conjunta as 63 unidades, por meio do modelo geral proposto por Anderson *et al.* (2003).

2.6.3 Modelo geral

Uma vez confirmados os pressupostos e ajustado o modelo, conforme mencionado na metodologia, obteve-se os resultados descritos na Tabela 4, para uma amostra de 63 unidades públicas de saúde, com duas variações entre períodos: 2016 para 2017 e 2017 para 2018. Assim, obteve-se o total de 126 observações, sendo este um painel balanceado e curto, pois a quantidade de indivíduos é superior à quantidade de períodos (Gujarati, 2006).

Tabela 4

Resultado dos *costs stickiness* pelo modelo estatístico (geral)

Random effects:	Name	Variance	Std Dev.	
Id	(Intercept)	0,00000	0,00000	
Residual		0,00883	0,09397	
Fixed effects:	Estimate	Std. Error	t value	Pr (> t)
(Intercept)	-0,04649	0,01158	-4,016	0,000102***
log_var_iva (β_1)	0,39729	0,15642	2,540	0,012332*
log_dummydimin (β_2)	-0,46729	0,23308	-2,005	0,047174*

Fonte: Elaborado pela autora. Códigos de Significância: | 0 *** | 0,001** | 0,01* | 0,05° | 0,01°

De acordo com os resultados da Tabela 4, verifica-se que, quando o volume de atividade aumenta 1%, os custos operacionais aumentam 0,40% (β_1), mas, quando o volume reduz os mesmos 1%, os custos aumentam 0,07% ($\beta_1 + \beta_2$). Esse resultado confirma a Hipótese 1, visto que, de forma geral, os custos das unidades assistenciais do município de Florianópolis exibem um comportamento *sticky*, sendo que aumentam quando o volume de

atividade aumenta e, continuam crescendo, mesmo quando o volume de atividade reduz, porém, a uma taxa mais lenta, o que Bradbury e Scott (2018) denominam *super-sticky costs*.

O nível de assimetria é de 0,47 pontos percentuais, que representa a diferença entre o ponto simétrico esperado, que neste caso seria 0,40%, e o resultado da variação dos custos quando ocorre diminuição de 1% no IVA. Assim, como os custos não reduziram nessa mesma proporção e ainda aumentaram 0,7%, essa diferença representa sua assimetria (pegajosidade).

2.6.4 Modelo por nível de complexidade

Conforme mencionado na metodologia, diferente dos procedimentos adotados para testar a Hipótese 1, na Hipótese 2 realiza-se o cálculo manual da assimetria, com respeito às etapas da Figura 5, cujos resultados estão descritos na Tabela 5.

Tabela 5

Resultado dos *costs stickiness* para atenção primária e para atenção especializada

	Atenção Primária		Atenção Especializada	
	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018
Varição do custo	0,8001	1,0555	0,8085	1,0572
Varição IVA	0,9748	1,1167	0,9162	1,1220
Varição % dos custos	-19,99 %	5,55 %	-19,15 %	5,72 %
Varição % do IVA	-2,52 %	11,67 %	-8,38 %	12,20 %
Percentual de variação dos custos para 1% de aumento do IVA	0,48 %		0,47 %	
Percentual de variação dos custos para 1% de diminuição do IVA	-7,93 %		-2,29 %	
Nível de assimetria	7,45 p.p.		1,82 p.p.	
Fenômeno	Anti- <i>Sticky Costs</i>		Anti- <i>Sticky Costs</i>	

Fonte: Elaborado pela autora.

Os dados da Tabela 5 reiteram o comportamento assimétrico dos custos para ambos os níveis de atenção à saúde, porém, de maneira oposta à análise geral. Isso porque, verifica-se um comportamento *anti-sticky*, ou seja, os custos aumentam menos para elevações do volume de atividade do que diminuem quando este reduz numa mesma proporção (Balakrishnan *et al.*, 2004; Weiss, 2010).

Na atenção primária, para cada 1% de aumento no IVA há um acréscimo de 0,48% nos custos, porém, quando o IVA diminui 1% os custos reduzem 7,93%, ou seja, um percentual consideravelmente superior, o que caracteriza o comportamento *anti-sticky costs*. Esse resultado acarreta num nível de assimetria de 7,45 pontos percentuais, visto que o ponto simétrico esperado, quando da redução do volume, seria uma diminuição de 0,48%, proporcional ao aumento. Reitera-se que, por questões de comparabilidade, esses resultados não consideram as variações entre indivíduos (unidades que compõe a atenção primária).

Contudo, ao rodar o modelo estatístico para as 48 UBS (96 observações), verifica-se resultados similares, com comportamento anti-*sticky costs*. A diferença está nos coeficientes, que remetem um nível de assimetria de 0,71 pontos percentuais, pois, a cada 1% de aumento do IVA há um acréscimo de 0,45% dos custos, mas, quando o IVA reduz 1%, os custos decrescem 1,16% ($\beta_1 = 0,45 + \beta_2 = 0,71$).

Na atenção especializada para cada 1% de aumento do IVA os custos operacionais aumentam 0,47%, mas quando o IVA reduz os mesmos 1%, os custos reduzem numa dimensão superior (2,29%). Ainda assim, essa queda dos custos é inferior ao da atenção primária, quando comparados os cálculos manuais, pois implica em um nível de assimetria de 1,82 pontos percentuais. Diante disso, apesar das limitações estatísticas relativas à Hipótese 2, os resultados permitem afirmar que unidades que atuam com maior nível de especialização (UPA, policlínicas e CAPS) tem custos mais *sticky* (grudentos, pegajosos e difíceis de ser descontinuados) do que unidades de atenção primária, visto que essas últimas conseguem eliminar custos em maior escala quando da redução da demanda.

2.6.5 Análise e discussão dos resultados

Dados os resultados supracitados, verifica-se divergências entre a Hipótese 1, que ao considerar todas as unidades e suas individualidades (variações temporais e de *cross-section*) apresenta um comportamento super-*sticky costs*, e a Hipótese 2, que ao analisar diferentes níveis de atenção à saúde, somando os custos e o IVA das unidades, apresenta, para ambos, um comportamento anti-*sticky costs*.

Outros estudos, também, encontraram diferentes comportamentos ao alterar suas amostras e/ou variáveis. Como exemplo, cita-se Fabre (2021) e Campagnoni *et al.* (2021), que identificaram um comportamento *sticky* nas análises gerais, mas que ao segregar por função orçamentária e/ou por classificação contábil funcional tiveram resultados diversos (*sticky*, anti-*sticky* e *reverse costs*); Avelar *et al.* (2019) e Avelar *et al.* (2021) que encontraram comportamentos *sticky* e anti-*sticky* ao mudar os elementos de custo e para diferentes tipos de operadoras de planos de saúde (OPS); Balakrishnan *et al.* (2004), que tiveram mudança de um comportamento *sticky* para um anti-*sticky* em função de utilização da capacidade hospitalar; e Hosomi e Nagasawa (2018b) e Nagasawa (2018) que encontraram diferentes comportamentos e níveis de assimetria de acordo com o tipo de negócio.

Cabe destacar que as análises das Hipóteses 1 e 2 deste estudo não se alteram em termos de variáveis, apenas mudam pela segregação da amostra e pelas considerações

metodológicas, as quais, também, podem ter influência nos resultados. Isso porque, as maiores variações de custo e de IVA estão em unidades com baixa representatividade monetária e de volume. Assim, quando somadas ao montante geral, sua influência é menos significativa do que quando aplicado um modelo estatístico que pondera suas particularidades.

Esse fato ressalta a importância de se considerar as individualidades de cada organização. Assim, a fim de expandir o debate sobre o comportamento dos custos e analisar potenciais diferenças, a Tabela 6 apresenta os resultados dos *costs stickiness* para cada uma das 63 unidades de saúde em análise identificados através do cálculo manual (Figura 5).

Tabela 6
Resultado dos *costs stickiness* pelo cálculo manual para cada unidade de saúde

Unidade	Variação % do Custo		Variação % do IVA		Variação do custo 1% de aumento do IVA	Variação do custo 1% de diminuição do IVA	Fenômeno	Nível de assimetria pontos percentuais
	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018				
CAPS Ponta do Coral	2,24%	-27,92%	14,48%	-12,58%	0,16%	-2,22%	Anti-sticky	-2,06
CAPS AD Continente	-18,35%	-1,52%	17,65%	102,26%	só aumentos do IVA			
CAPS AD Ilha	-37,12%	17,42%	-3,23%	3,27%	5,33%	-11,49%	Anti-sticky	-6,16
CAPSI	-16,36%	27,44%	28,26%	14,17%	só aumentos do IVA			
UBS Abraão	-5,66%	-9,20%	8,94%	9,93%	só aumentos do IVA			
UBS Agrônômica	-20,53%	6,16%	18,38%	16,73%	só aumentos do IVA			
UBS Alto Ribeirão	-25,80%	32,03%	-21,10%	44,13%	0,73%	-1,22%	Anti-sticky	-0,49
UBS Armação	-21,94%	19,17%	-14,26%	1,25%	15,39%	-1,54%	Sticky	13,85
UBS Balneário	-21,07%	-10,50%	9,94%	6,23%	só aumentos do IVA			
UBS Barra da Lagoa	-34,78%	31,88%	-14,50%	19,40%	1,64%	-2,40%	Anti-sticky	-0,76
UBS Cachoeira Bom Jesus	-20,23%	0,73%	2,98%	-4,21%	-6,80%	0,17%	Reverse	-
UBS Cachoeira da Barra do Sul	-38,86%	0,32%	-20,38%	42,06%	0,01%	-1,91%	Anti-sticky	-1,90
UBS Campeche	-7,67%	37,84%	9,24%	7,68%	só aumentos do IVA			
UBS Canasvieiras	-12,86%	4,56%	-1,61%	2,11%	2,16%	-7,97%	Anti-sticky	-5,81
UBS Capoeiras	-22,71%	-15,43%	-4,84%	6,10%	-2,53%	-4,69%	Reverse	-
UBS Carianos	-14,59%	2,21%	-10,55%	10,19%	0,22%	-1,38%	Anti-sticky	-1,17
UBS Centro	-14,99%	9,16%	6,21%	10,34%	só aumentos do IVA			
UBS Coloninha	-10,38%	-5,73%	7,94%	23,88%	só aumentos do IVA			
UBS Coqueiros	-12,96%	15,22%	-2,00%	8,32%	1,83%	-6,50%	Anti-sticky	-4,67
UBS Córrego Grande	7,10%	-8,99%	0,24%	-8,02%	29,14%	-1,12%	Sticky	28,01
UBS Costa da Lagoa	27,94%	-5,46%	1,93%	-18,38%	14,49%	-0,30%	Sticky	14,19
UBS Costeira do Pirajubaé	-25,87%	5,89%	-6,38%	1,65%	3,58%	-4,06%	Anti-sticky	-0,48
UBS Estreito	-8,84%	-12,11%	-0,79%	3,78%	-3,21%	-11,23%	Reverse	-
UBS Fazenda do Rio Tavares	-15,81%	8,73%	9,57%	19,89%	só aumentos do IVA			
UBS Ingleses	-32,43%	7,06%	-1,72%	18,32%	0,39%	-18,84%	Anti-sticky	-18,45
UBS Itacorubi	-18,10%	0,56%	-10,73%	5,34%	0,10%	-1,69%	Anti-sticky	-1,58
UBS Jardim Atlântico	-20,03%	15,56%	7,39%	8,88%	só aumentos do IVA			
UBS João Paulo	-18,38%	-18,53%	1,03%	11,17%	só aumentos do IVA			
UBS Jurerê	-5,83%	-0,17%	-0,26%	17,62%	-0,01%	-22,46%	Reverse	-
UBS Lagoa da Conceição	-37,37%	25,08%	-24,44%	7,73%	3,24%	-1,53%	Sticky	1,71
UBS Monte Cristo	-16,65%	4,89%	-16,05%	23,60%	0,21%	-1,04%	Anti-sticky	-0,83
UBS Monte Serrat	-37,74%	7,74%	-11,26%	11,02%	0,70%	-3,35%	Anti-sticky	-2,65
UBS Morro das Pedras	-16,92%	-13,68%	-17,14%	21,14%	-0,65%	-0,99%	Reverse	-
UBS Novo Continente	-12,60%	2,36%	-5,16%	16,71%	0,14%	-2,44%	Anti-sticky	-2,30

UBS Pantanal	-26,45%	22,51%	-0,82%	8,70%	2,59%	-32,19%	Anti-sticky	-29,61
UBS Pantanal do Sul	-9,92%	18,11%	7,54%	11,03%	só aumentos do IVA			
UBS Ponta das Canas	-15,73%	-4,96%	-6,49%	-1,79%	só diminuições do IVA			
UBS Prainha	-22,63%	17,33%	-12,99%	2,44%	7,09%	-1,74%	Sticky	5,35
UBS Ratoles	-11,37%	-6,26%	-13,34%	0,98%	-6,36%	-0,85%	Reverse	-
UBS Ribeirão da Ilha	-16,13%	-0,35%	13,87%	43,62%	só aumentos do IVA			
UBS Rio Tavares	-34,00%	8,43%	-23,96%	15,84%	0,53%	-1,42%	Anti-sticky	-0,89
UBS Rio Vermelho	-29,65%	12,20%	4,70%	26,49%	só aumentos do IVA			
UBS Saco dos Limões	-30,14%	5,72%	-1,93%	21,74%	0,26%	-15,62%	Anti-sticky	-15,36
UBS Saco Grande	-28,12%	6,39%	12,17%	0,68%	só aumentos do IVA			
UBS Santinho	-3,42%	-14,10%	1,61%	15,88%	só aumentos do IVA			
UBS Santo Antônio de Lisboa	-17,95%	31,01%	-4,55%	3,16%	9,81%	-3,95%	Sticky	5,86
UBS Sapê	-9,85%	1,84%	3,21%	29,44%	só aumentos do IVA			
UBS Tapera	-24,82%	8,42%	-1,42%	5,22%	1,61%	-17,45%	Anti-sticky	-15,83
UBS Trindade	-11,02%	2,36%	0,27%	42,47%	só aumentos do IVA			
UBS Vargem Grande	-26,64%	7,13%	-2,78%	2,41%	2,96%	-9,56%	Anti-sticky	-6,61
UBS Vargem Pequena	-17,04%	18,41%	15,60%	6,76%	só aumentos do IVA			
UBS Vila Aparecida	-23,33%	17,68%	-23,52%	12,36%	1,43%	-0,99%	Sticky	0,44
Distrito Sanitário Centro	13,74%	42,82%	-52,14%	-55,99%	só diminuições do IVA			
Distrito Sanitário Continente	-46,99%	101,41%	-49,95%	-9,80%	só diminuições do IVA			
Distrito Sanitário Norte	7,81%	60,02%	-7,03%	-51,40%	só diminuições do IVA			
Distrito Sanitário Sul	31,09%	20,36%	74,20%	-47,85%	0,42%	0,43%	Super-Sticky	0,85
Farmácia Escola	10,01%	-12,27%	89,60%	45,70%	só aumentos do IVA			
Policlínica Centro	-36,23%	-3,92%	-16,24%	12,18%	-0,32%	-2,23%	Reverse	-
Policlínica Continente	-46,44%	6,69%	3,45%	32,25%	só aumentos do IVA			
Policlínica Norte	-32,06%	6,87%	24,26%	7,14%	só aumentos do IVA			
Policlínica Sul	-22,77%	7,35%	53,40%	20,32%	só aumentos do IVA			
UPA Norte	-4,91%	10,14%	-19,93%	9,53%	1,06%	-0,25%	Sticky	0,82
UPA Sul	-0,87%	6,13%	-9,37%	8,57%	0,72%	-0,09%	Sticky	0,62

Fonte: Elaborado pela autora. Em todos os campos o sinal significa a direção: positivo quando aumentou e negativo quando reduziu

Para 27 unidades, o cálculo individual da assimetria não é possível, pois ocorreram só aumentos ou só diminuições do volume de atividade. Por outro lado, 19 unidades apresentam comportamento anti-*sticky costs*; dez unidades têm comportamento *sticky costs*, sendo uma delas (Distrito Sanitário Sul) super-*sticky*; e sete unidades têm comportamento *reverse cost*. Essa última classificação é tratada por Fabre (2021) como uma categoria complementar, porém, independente aos *costs stickiness*. Isso porque, se caracteriza pela diminuição dos custos quando o volume aumenta, independe do ponto simétrico quando o volume cai.

Nota-se, portanto, que há comportamentos de custos distintos frente às variações do volume de atividade, ainda, que em unidades de um mesmo tipo ou de um mesmo nível de complexidade. Dos CAPS passíveis de verificação (50%, que equivale a 2 unidades) há predominância do comportamento anti-*sticky costs*. Para as policlínicas, dado o aumento consecutivo do IVA, o cálculo só é possível na unidade Centro, a qual teve comportamento *reverse costs*. Dos distritos sanitários, apenas um permite o cálculo da assimetria, o qual apresentou comportamento super-*sticky costs*, os demais tiveram reduções do IVA nos dois períodos, mas com custos crescentes. Da mesma forma, as duas UPA tiveram comportamento *sticky*, com níveis de assimetria de 0,82 e 0,62. Já as UBS (centros de saúde) possuem maior variabilidade, ao passo que 17 têm comportamento anti-*sticky*, sete *sticky* e seis *reverse costs*. Os maiores níveis de assimetria estão entre as UBS, sendo três com comportamento *sticky costs* (Armação, Córrego Grande e Costa da Lagos) e quatro anti-*sticky costs* (Ingleses, Pantanal, Saco dos Limões e Tapera).

Esses resultados variados reforçam a necessidade de um olhar individualizado, mesmo que em um contexto similar, visto que as explicações e motivações de cada comportamento podem ser diversos. A literatura específica do setor público e da área de saúde, aponta algumas possibilidades para o comportamento *sticky*, identificado quando observadas, conjuntamente, todas as unidades e de forma individual para algumas.

- Incentivos relacionados a contratos sociais (Bradbury & Scott, 2018). A saúde é um direito constitucional, considerada uma atividade essencial e uma prerrogativa de cidadania. Assim, a manutenção de gastos mesmo diante de diminuições no volume de atividade, pode decorrer da diligência social em manter a disponibilidade do serviço, principalmente em função da incerteza na demanda futura (Avelar *et al.*, 2021). Para Nagasawa (2018; 2019), empresas públicas tem certa incapacidade de abolir instalações ou equipamentos, porque não podem interromper o serviço, devido à

pressão institucional e à responsabilidade de proteger o interesse público e apoiar a vida cotidiana das pessoas, o que se estende às unidades públicas de saúde.

- A fim de manter a qualidade dos serviços prestados, estruturas e equipamentos obsoletos devem ser reparados ou substituídos. Portanto, há um incremento de custos fixos com o passar do tempo, o que diminui a flexibilidade de ajuste de recursos em função do volume de atividade (Nagasawa, 2018). Da mesma forma, os custos são incrementados, pois o setor de saúde é intensivo em tecnologias e inovação (Barra, Nascimento, Martins, Albuquerque, & Erdmann, 2006).
- Na área pública há mecanismos de gestão limitados e um ambiente altamente regulado (Holzhacker *et al.*, 2015; Avelar *et al.*, 2021). No Brasil, há regulamentações específicas para algumas contas de custos, que impedem sua redução no curto prazo. Como exemplo, cita-se os valores com pessoal e encargos, que tem forte normatização jurídica (Avelar *et al.*, 2019; Fabre, 2021). Para Hosomi e Nagasawa (2018b), em vários países há padrões rigorosos nos regulamentos estatutários quanto à dispensa de médicos e enfermeiros, com base em códigos de proteção ao trabalhador. Além disso, tende-se a evitar cortes e demissões desses profissionais devido ao alto grau de especialização que a atividade requer (Hosomi & Nagasawa, 2018b). Esse argumento também é válido para o Brasil, onde grande parte da contratação de profissionais para compor a Rede Municipal de Saúde, assim como outros cargos ou empregos públicos, é regida por inúmeras normas e leis, a iniciar pelo artigo 37 da Constituição da República Federativa do Brasil (1988), que em seu inciso II declara que a investidura desses profissionais “depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego”. Segundo Holzhacker *et al.* (2015), essas pressões regulatórias, também, podem inibir atividades como terceirização ou alteração de contratos de trabalho, com diferentes arranjos, que poderiam diminuir a rigidez dos custos, facilitando ou acelerando sua redução frente às diminuições no volume de atividade.
- No setor público brasileiro os custos são aprovados e previamente autorizados por normas jurídicas (Fabre, 2021), o que restringe alterações imediatas nas políticas sociais e faz com que ocorra atraso no ajuste de custos. Além disso, algumas contas são de responsabilidade concorrente do município com outro Ente federado (Fabre, 2021). Assim, como a destinação do recurso é específica e pré-definida, acaba-se por limitar ou até inibir realocações ou reduções.

- De acordo com Balakrishnan e Gruca (2008) o efeito “gasta ou perde”, derivado dos processos orçamentários, faz com que o custo não seja reduzido, pois há incentivos gerenciais para utilizar todo o orçamento, a fim de não comprometer o repasse de recursos em períodos subsequentes. Neste estudo, por mais que a análise se baseie em valores alocados às unidades, com base em seu consumo ou em rateios (custeio por absorção), os efeitos orçamentários são refletidos nas operações, à medida que o recurso é destinado indiferente da demanda atual, a fim de garanti-los para utilização futura. Isso porque, a saúde pública é financiada através de orçamentos baseados em atividades previstas, o que cria estratégias para solicitação e utilização de recursos que podem afetar os padrões de gastos interanuais (Balakrishnan & Gruca, 2008).
- Há inúmeros contratos de longo prazo, decorrentes dos processos licitatórios (Fabre, 2021). O inciso XXI, artigo 37, da Constituição da República Federativa do Brasil (1988), estabelece que “as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública”. Essa condição é regulamentada pela Lei n. 8.666 (1993) e pela lei de licitações e contratos administrativos (Lei n. 14.133, 2021). Esta última, estabelece que, nas hipóteses de serviços e fornecimentos contínuos, como é o caso de muitos serviços de saúde, pode-se celebrar contratos com prazo de até cinco anos (artigo 106) e em alguns casos específicos (como a transferência de tecnologia de produtos estratégicos para o SUS) de até 10 anos (artigo 108), ou, quando envolver sistemas estruturantes de tecnologia da informação, de até 15 anos (artigo 114). Esses prazos podem dificultar o ajuste de custos frente a reduções do volume.
- Para Cohen *et al.* (2017) em períodos pré-eleitorais, os políticos são motivados a investir mais recursos no desenvolvimento do município, a fim de afetar as escolhas eleitorais e aumentar a probabilidade de reeleição. Assim, mesmo que ocorra redução no volume de atividade, os gastos, principalmente de áreas críticas como os de saúde, podem ser mantidos. Nesse sentido, verifica-se que 2016 foi ano de eleições municipais no Brasil, sendo este, também, o período com maior gasto em saúde dentre os três anos analisados, conforme demonstrado na Figura 6. Além disso, em Florianópolis, esse processo eleitoral incorreu em mudanças tanto do governante local, quanto de seu partido político. Assim, é possível que tenham ocorrido, também, alterações nas escolhas e na forma de gerir e de traçar estratégias, pois, segundo Fabre (2021), a relação entre os eleitores e o eleito pode definir os rumos das políticas públicas.

- As equipes de saúde, em especial nas UBS, que tem grande representatividade na amostra em estudo, são formadas com base em limites e condições pré-estabelecidas. A Portaria n. 2.436 (2017), que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em seu anexo, recomenda que as equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) sejam formadas para atender de 2.000 a 3.500 pessoas, dentro do território adscrito, com o limite de quatro equipes por unidade, como forma de garantir a coordenação do cuidado. Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, com respeito a critérios como vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, sendo facultado aos gestores locais, juntos com as equipes que atuam na Atenção Básica e ao Conselho Municipal ou Local de Saúde, essa definição. Contudo, inúmeros critérios relativos a esse território podem influenciar na relação entre a equipe (e os gastos para mantê-la) e a real utilização dos serviços. Como exemplo, cita-se diferenças de poder aquisitivo entre populações de dois territórios, os quais podem ter o mesmo número de equipes, em função da demanda estimada (população existente), com um custo aproximado, mas um, por possuir maior adesão a planos privados de saúde (saúde suplementar), tem menor volume de atividade (demanda real) no âmbito do SUS.

Por sua vez, a redução de custos numa dimensão superior quando há redução do volume de atividade (*anti-sticky costs*), verificado em ambos os níveis de atenção à saúde e para muitas unidades individualmente (em especial os CAPS e as UBS), ou até mesmo a redução de custos frente a elevações do IVA (*reverse costs*), podem ter influência de fatores como:

- No Brasil, são estipulados por Lei, a cada Ente federativo, limites mínimos para a aplicação de recursos públicos em saúde (Fabre, 2021). Esses limites, atualmente, são determinados pela Lei Complementar n. 141 (2012), a qual estabelece, para municípios e Distrito Federal, a aplicação anual mínima de 15% da arrecadação de seus impostos. Para os Estados esse limite é de 12% e a para União pondera-se o valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária. No caso de Florianópolis, ao investigar seu histórico orçamentário, nota-se destinações acima deste limite para os três anos em análise: em 2016 destinou para saúde 16,8% de seus gastos totais e 34,3% de suas receitas tributárias; em 2017 os percentuais

foram, respectivamente, 17,2% e 32,0%; e, em 2018, 17,1% e 30,5%. Portanto, por destinar percentuais maiores ao exigido, é possível reduzir custos diante da mudança no volume de atividade, sem descumprir a legislação (Fabre, 2021).

- Por mais que a demanda pelos serviços de saúde seja prioridade social e, por vezes, requeira ações imediatistas e indispensáveis, a disponibilidade de recursos, também, traz limites aos níveis de atendimentos e procedimentos realizados (volume de atividade). Portanto, restrições orçamentárias, também, podem justificar a redução de custos, visto que a previsão da receita dimensiona a capacidade governamental em autorizar a despesa (Secretaria do Tesouro Nacional, 2019). Nesse sentido, os dados orçamentários de Florianópolis indicam que, entre 2016 e 2017, houve uma redução 4,12% nos gastos com saúde (despesa liquidada), enquanto a receita total realizada diminuiu 3,35%. Já entre 2017 e 2018, o custo aumentou 6,70% e a receita 8,84%. Caso fosse realizado o cálculo da assimetria utilizando-se dados orçamentários (custo e receita), assim como Cohen *et al.* (2017), Bradbury e Scott (2018), Campagnoni *et al.* (2021) e Fabre (2021), ter-se-ia um comportamento anti-*sticky costs*: quando a receita aumenta 1% os custos aumentam 0,76% e quando a receita diminui 1%, os custos reduzem 1,23%. Portanto, dada a redução na disponibilidade de recursos, mas com respeito aos limites mínimos constitucionais, os efeitos ocasionados pela redução proporcionalmente maior dos custos podem derivar das escolhas de alocação e, principalmente, dos tetos orçamentários, a fim de manter o equilíbrio, ao considerar os preceitos e normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal (Lei Complementar n. 101, 2000).

Contudo, cabe destacar que essas são apenas possibilidades para explicar os diferentes comportamentos identificados, as quais precisam ser examinadas e melhor compreendidas.

2.7 CONCLUSÕES

Com o objetivo de verificar o comportamento *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde, este estudo apresenta duas importantes contribuições. Primeiro, demonstra a existência do fenômeno em um cenário distinto (contexto governamental brasileiro) e dá especificidade a uma atividade específica (saúde pública). Além disso, adapta as *proxies* de mensuração à essa nova realidade – em especial o volume de atividade – ao passo que a receita, utilizada pela literatura anterior como uma variável de aproximação, é fortemente

influenciada por questões orçamentárias e contábeis da área pública e por outros critérios já discutidos, como as flutuações no preço de venda e os níveis de estoque (Dalla Via & Perego, 2013; Hoffmann, 2017; Richartz & Borgert, 2021).

Esse distanciamento da base de execução orçamentária e da visão de receita ortodoxa, com informações de custo operacional (valores atribuídos a cada unidade pelo custeio por absorção, ao seguir os pressupostos do Programa Nacional de Gestão de Custos) e de volume de atividade apurado com base em atendimentos reais, ponderados por seu esforço de execução, visa controlar e/ou minimizar efeitos como o *flypaper* (Cohen *et al.*, 2017), o *budget ratcheting* (Wu *et al.*, 2019), o “gasta ou perde” (Wu *et al.*, 2019) e, principalmente, o equilíbrio das contas públicas (Bradbury & Scott, 2018; Fabre, 2021). Além disso, essas métricas parecem representar melhor a realidade e o contexto observado.

Com esses diferenciais, pode-se verificar que os custos das unidades de saúde, no geral, apresentam um comportamento *sticky*, o que permite consentir com a Hipótese 1. Contudo, quando observados os níveis de atenção à saúde separadamente, ambos têm comportamento *anti-sticky costs*. Ainda assim, como as unidades de atenção especializada apresentaram um nível de assimetria menor, a Hipótese 2 é suportada, indicando que estas possuem custos mais *sticky* (grudentos/pegajosos/aderentes/difíceis de serem descontinuados) do que as unidades de atenção primária.

Cabe destacar que muitas das escolhas, das formas de alocação de recursos e das estruturas de custos, que podem implicar em comportamentos distintos, são próprios de cada unidade, de sua função e de sua representatividade para as estratégias do município. Nesse sentido, a análise individual indicou comportamentos variados (*sticky*, *anti-sticky* ou *reverse costs*), seja para unidades pertencentes a um mesmo nível de atenção, ou, ainda, de um mesmo tipo. Esse fato ressalta a importância de um olhar pormenorizado, pois o reconhecimento do fenômeno é o primeiro passo na busca pela sua compreensão. Segundo Cohen *et al.* (2017) os cortes e limitações de recursos no setor público trazem à tona a necessidade de considerações estratégicas, sendo que o conhecimento sobre como os custos se comportam pode auxiliar os gestores e a sociedade, ao embasar escolhas e decisões, auxiliar na previsibilidade e na alocação orçamentária e indicar possíveis respostas às flutuações na demanda (Hoffmann, 2017).

Contudo, o estudo, também, possui limitações, dentre as quais ressalta-se a questão temporal, visto que contempla apenas três anos (2016, 2017 e 2018), dada a disponibilidade de informações completas e consistentes. Essa limitação influencia no número de observações que, por sua vez, inibe análises estatísticas quando a amostra é segregada por nível de

complexidade. Assim, na hipótese 2, considera-se apenas a totalização do custo e do volume de atividade em cada ano, sem ponderar as singularidades de cada unidade (variações entre indivíduos).

Outra limitação, é que o estudo não analisa a totalidade do valor empregado na pasta de saúde, ou seja, o total do orçamento executado, pois contempla, apenas, unidades assistenciais ou equivalentes, por estas disporem de dados de custo e de produtividade (volume de atividade). Contudo, há outros centros de custo que absorvem parte do valor orçamentário, como as unidades de gestão, as unidades de apoio e as contratualizações (que são geridas separadamente). Nesse sentido, sugere-se que estudos futuros se concentram nas contratualizações, buscando maiores esclarecimento sobre essa modalidade, visto que é uma forma de aumentar a flexibilidade e, conseqüentemente, diminuir a rigidez no ajuste de recursos, pois, em termos de custos de transação, aproximam-se mais das soluções de mercado (resposta a demanda).

Ressalta-se, também, as limitações quanto à generalização dos resultados. Isso porque, há restrições ao extrapolar as métricas propostas para outros municípios brasileiros, visto que muitos não possuem um sistema de custos acurado, que permita a identificação de valores em nível de unidade de saúde. Ainda assim, mesmo atuando-se em nível de município, com valores de custos orçamentários, a utilização de uma medida de volume de atividade que represente a produtividade em saúde, ponderando os procedimentos pelo seu esforço de execução, torna-se uma alternativa interessante. Isso porque, apesar dessa medida ser uma representação limitada da realidade, que tem influência de outros fatores, como a aprendizagem e a carga de trabalho, segundo Bradbury e Scott (2018), o modelo padrão de custo-receita pode ser menos aplicável ao setor público, tornando essa uma alternativa exequível.

Ainda quanto à métrica de volume de atividade, assim como evidenciado nesse estudo, diferentes contextos podem requerer diferentes medidas ou, ao menos, adaptações. Contudo, a lógica de equivalência, para se ter uma escala comum de conversão, transformando uma produção diversificada em unificada (Allora & Allora, 1995; Banker & Bysalov, 2014), demonstra-se válida e apropriada, inclusive para outros países, em especial aqueles com condições orçamentárias similares ao Brasil.

Dadas as contribuições apresentadas e considerando essas limitações, sugere-se que estudos futuros se concentrem em identificar e testar fatores que levam à rigidez dos custos em unidades públicas de saúde, ou seja, fatores explicativos/intervenientes desse comportamento, incluindo critérios econômicos e não econômicos, visto que a saúde é

fortemente influenciada por demandas sociais e políticas (Cohen *et al.*, 2017; Bradbury & Scott, 2018; Avelar *et al.* 2021). Também, sugere-se a ampliação dessa proposta, em especial quanto à equivalência de produção/atividade, para outros escopos e realidades, seja da rede pública ou privada.

Por fim, ressalta-se a possibilidade e a importância de análises segregadas entre os custos fixos e variáveis, visto que o comportamento *costs stickiness*, apesar de ser mais proeminente e esperado para os custos variáveis, também, pode ocorrer para os custos fixos, com variações em escala, sendo que estes representam parte importante do orçamento público.

2.8 REFERÊNCIAS

- Abu-Serdaneh, J. (2014). The asymmetrical behavior of cost: evidence from Jordan. *International Business Research*, 7(8), 113-122. <https://doi.org/10.5539/ibr.v7n8p113>.
- Ali, H., Shafiq, O., Gillani, S. U. A., & Anwar, F. (2021). Corporate board committees and asymmetric behavior of total cost: evidence from Pakistan. *PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology*, 18(2), 303-335. <https://archives.palarch.nl/index.php/jae/article/view/6061>.
- Allora, F., & Allora, V. (1995). *Unidade de medida da produção*. 1 ed., São Paulo: Pioneira.
- Almeida, C., Travassos, C., Porto, S., & Labra, M. E. (2000). Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *International Journal of Health Services*, 30(1), 129-162. <https://doi.org/10.2190/NDGW-C2DP-GNF8-HEW8>.
- Alves, M. L. F., Guedes, H. M., Martins, J. C. A., & Chianca, T. C. M. (2015). Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25(4), 469-475. <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150110>.
- Anderson, M. C., Banker, R. D., & Janakiraman, S. N. (2003). Are selling, general and administrative costs “sticky”? *Journal of Accounting Research*, 41(1), 47-63. <https://doi.org/10.1111/1475-679X.00095>.
- Avelar, E. A., Rodrigues, L. T., Silva, M. M., & Santos, W. C. (2019). Custos assimétricos (sticky costs): um estudo aplicado a operadoras de planos de saúde da modalidade medicina de grupo. *Mundo Livre: Revista Multidisciplinar*, 5(2), 3-20.
- Avelar, E. A., Santos, W. C., Souza, A. A., & Cailleau, R. (2021). Custos assimétricos e regulação em operadoras de planos de saúde. *Revista de Contabilidade e Organizações*, 15, 1-14. <https://doi.org/10.11606/issn.1982-6486.rco.2021.169260>.
- Balakrishnan, R., & Gruca, T. S. (2008). Cost stickiness and core competency: a note. *Contemporary Accounting Research*, 25(4), 993-1006. <https://doi.org/10.1506/car.25.4.2>.

- Balakrishnan, R., Labro, E. & Soderstrom, N. S. (2014). Cost structure and sticky costs. *Journal of Management Accounting Research*, 26(2), 91-116. <https://doi.org/10.2308/jmar-50831>.
- Balakrishnan, R., Petersen, M. J., & Soderstrom, N. S. (2004). Does capacity utilization affect the 'stickiness' of cost? *Journal of Accounting, Auditing and Finance*, 19(3), 283-299. <https://doi.org/10.1177/0148558X0401900303>.
- Banco Central do Brasil. BCB. (2022). *Metas para a inflação*. <https://www.bcb.gov.br/controleinflacao/metainflacao>.
- Banker, R. D., & Byzalov, D. (2014). Asymmetric cost behavior. *Journal of Management Accounting Research*, 26(2), 43-79. <https://doi.org/10.2308/jmar-50846>.
- Banker, R. D., & Chen, T. L. (2006, November). Labor market characteristics and cross-country differences in cost stickiness. *AAA Annual Conference*. Denver, Colorado. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.921419>.
- Barra, D. C. C., Nascimento, E. R. P., Martins, J., Albuquerque, G. L., & Erdmann, A. L. (2006). Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(3), 422-430. <https://doi.org/10.5216/ree.v8i3.7081>.
- Bates, D., Mächler, M., Bolker, B., & Walker, S. (2015). Fitting linear mixed-effects models using lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1-48. <https://doi.org/10.18637/jss.v067.i01>.
- Benston, G. J. (1966). Multiple regression analysis of cost behavior. *The Accounting Review*, 41(4), 657-672. <https://www.jstor.org/stable/243582>.
- Bleicher, L., & Bleicher, T. (2016). *Parte 1: introdução ao sistema único de saúde (SUS)*. Esse tal de SUS. Saúde para todos, já! 3. ed. Salvador: EDUFBA, 15-40. <https://doi.org/10.7476/9788523220051.0003>.
- Blue, G., Moazez, E., Khanhossini, D., & Nikoonesbati, M. (2013). The relationship between perspective managers and 'sticky costs' in the Tehran stock exchange. *Social Science Research Network*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2216631.
- Bradbury, M. E., & Scott, T. (2018). Do managers forecast asymmetric cost behaviour? *Australian Journal of Management*, 43(4), 538-554. <https://doi.org/10.1177/0312896218773136>.
- Bugeja, M., Lu, M., & Shan, Y. (2015). Cost stickiness in Australia: characteristics and determinants. *Australian Accounting Review*, 25(3), 248-261. <https://doi.org/10.1111/auar.12066>.
- Calleja, K., Steliaros, M., & Thomas, D. C. (2006). A note on cost stickiness: some international comparisons. *Management Accounting Research*, 17(2), 127-140. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2006.02.001>.

- Campagnoni, M., Fabre, V. V., Borgert, A., & Rover, S. (2021). Cost stickiness nos governos locais de Santa Catarina. *Revista Catarinense da Ciência Contábil*, 20, 1-15, e3148. <https://doi.org/10.16930/2237-766220213148>.
- Chen, C. X., Lu, H., & Sougiannis, T. (2012). The agency problem, corporate governance, and the asymmetrical behavior of selling, general, and administrative costs. *Contemporary Accounting Research*, 29(1), 252-282. <https://doi.org/10.1111/j.1911-3846.2011.01094.x>.
- Cohen, S., Karatzimas, S., & Naoum, V. C. (2017). The sticky cost phenomenon at the local government level: Empirical evidence from Greece. *Journal of Applied Accounting Research*, 18(4), 445-463. <https://doi.org/10.1108/JAAR-03-2015-0019>.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1998). Brasília, DF. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
- Dalla Via, N., & Perego, P. (2013). Sticky cost behaviour: evidence from small and medium sized companies. *Accounting & Finance*, 54(3), 1-26. <https://doi.org/10.1111/acfi.12020>.
- Dierynck, B., Landsman, W. R., & Renders, A. (2012). Do managerial incentives drive cost behavior? Evidence about the role of the zero earnings benchmark for labor cost behavior in private Belgian firms. *The Accounting Review*, 87(4), 1219-1246. <https://doi.org/10.2308/accr-50153>.
- Dos Santos, M. M. B., Catapan, A., De Oliveira, A. G., & Soares, I. (2017). Sticky costs: an empirical study in Brazilian and the North American companies of the energy sector. *REBRAE*, 10(1), 92-113. <http://dx.doi.org/10.7213/rebrae.10.001.AO05>.
- Fabre, V. V. (2021). *Comportamento dos custos governamentais sob a ótica da Teoria das Finanças Públicas*. (Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, Florianópolis, SC). 121 p. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/231193/PPGC0240-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>.
- Fernandez, D. W. X. (1993). Método da máxima verossimilhança restrita para estimação de componentes de variância. *Cadernos de Matemática Estatística, Série A*(33), p. 1-41.
- Guenther, T. W., Riehl, A., & Rößler, R. (2013). Cost stickiness: state of the art of research and implications. *Journal of Management Control*, 24, 301-318. <https://doi.org/10.1007/s00187-013-0176-0>.
- Gujarati, D. (2006). *Econometria básica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Harville, D. A. (1977). Maximum likelihood approaches to variance component estimation and to related problems. *Journal of the American statistical association*, 72(358), 320-338. <https://doi.org/10.2307/2286796>.
- He, D., Teruya, J., & Shimizu, T. (2010). Sticky selling, general and administrative cost behavior and its changes in Japan. *Global Journal of Business Research*, 4(4), 1-10.
- Hoffmann, K. (2017). *Cost behavior: An empirical analysis of determinants and consequences of asymmetries*. (Tese de Doutorado, Copenhagen Business School,

Departamento de Contabilidade). <https://research.cbs.dk/en/publications/cost-behavior-an-empirical-analysis-of-determinants-and-consequen>.

- Holz hacker, M., Krishnan, R., & Mahlendorf, M. D. (2015). The impact of changes in regulation on cost behavior. *Contemporary Accounting Research*, 32(2/2), 534-566. <https://doi.org/10.1111/1911-3846.12082>.
- Hosomi, S., & Nagasawa, S. (2018a). A study on the effect of amalgamation on the cost behavior of local public enterprises. *Asia-Pacific Management Accounting Journal (APMAJ)*, 13(3), 109-130.
- Hosomi, S., & Nagasawa, S. (2018b). Empirical study on asymmetric cost behavior: analysis of the sticky costs of local public enterprises. *Asia-Pacific Management Accounting Journal (APMAJ)*, 13(2), 55-82.
- Ibrahim, A. E. A. (2015). Economic growth and cost stickiness: evidence from Egypt. *Journal of Financial Reporting and Accounting*, 13(1), 119-140. <https://doi.org/10.1108/JFRA-06-2014-0052>.
- Jalilian, M., & Elyssai, E. V. (2014). Review and analyzing the factors affecting the stickiness behavior of general administration costs and sales of listed companies in Tehran Stock Exchange. *Applied mathematics in Engineering, Management and Technology*, 2(4), 584-596.
- Kama, I., & Weiss, D. (2013). Do earnings targets and managerial incentives affect sticky costs? *Journal of Accounting Research*, 51(1), 201-224. <https://doi.org/10.1111/j.1475-679X.2012.00471.x>.
- Kokotakis, V., Mantalis, G., Garefalakis, A., Zanidakis, N., & Galifianakis, G. (2013). The sticky cost on Greek food, beverages and tobacco limited companies. *International Journal of Economics & Business Administration*, 1(2), 49-58. <https://doi.org/10.35808/ijeba/10>.
- Krisnadewi, K. A., & Soewarno, N. (2021). Optimism and profit-based incentives in cost stickiness: an experimental study. *Journal of Management Control*, 32(1), 7-31. <https://doi.org/10.1007/s00187-020-00309-w>.
- Lei Complementar n. 101, de 04 de maio de 2000.* (2000). Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm.
- Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012.* (2012). Dispõe 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. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm.
- Lei n. 14.133, de 01 de abril de 2021.* (2021). Lei de Licitações e Contratos Administrativos. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14133.htm.
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.* (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.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.

- Lei n. 8.666, de 21 de julho de 1993.* (1993). Regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18666cons.htm.
- Malcom, R. E. (1991). Overhead control implications of activity costing. *Accounting Horizons*, 5(4), 69-78.
- Malik, M. (2012). A review and synthesis of 'cost stickiness' literature. *Social Science Research Network*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2276760.
- Marques, A. V. C., Santos, C. K. S., Lima, F. D. C., & Costa, P. S. (2014). Cost stickiness in Latin American open companies from 1997 to 2012. *European Scientific Journal, ESJ*, 10(10), 270-282. <https://doi.org/10.19044/esj.2014.v10n10p%25p>.
- Medeiros, O. R. D., Costa, P. D. S., & Silva, C. A. T. (2005). Testes empíricos sobre o comportamento assimétrico dos custos nas empresas brasileiras. *Revista Contabilidade & Finanças*, 16(38), 47-56. <https://doi.org/10.1590/S1519-70772005000200005>.
- Mendes, E. V. (1999). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco.
- Ministério da Saúde. (2021). *Sistema único de saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona*. <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>.
- Nagasawa, S. (2018). Asymmetric cost behavior in local public enterprises: exploring the public interest and striving for efficiency. *Journal of Management Control*, 29(3-4), 225-273. <https://doi.org/10.1007/s00187-018-0269-x>.
- Nagasawa, S. (2019). Verification of asymmetric cost behavior in merged local public enterprises. *Japan Federation of Management Related Academies*, 3(2), 19-53.
- Nagasawa, S., & Nagasawa, M. (2021). Free riding, empire building, and cost management prior to and post municipal enterprise mergers in Japan. *Asia-Pacific Journal of Accounting & Economics*, 28(1), 94-116. <https://doi.org/10.1080/16081625.2020.1845001>.
- Nassirzadeh, F., Saei, M. J., Salehi, M., & Haddad, A. (2013). A study of the stickiness of cost of goods sold and operating costs to changes in sales level in Iran. *Studies in Business and Economics*, 8(2), 79-89.
- Noreen, E., & Soderstrom, N. (1994). Are overhead costs strictly proportional to activity? Evidence from hospital departments. *Journal of Accounting and Economics*, 17(1-2), 255-278. [https://doi.org/10.1016/0165-4101\(94\)90012-4](https://doi.org/10.1016/0165-4101(94)90012-4).
- Noreen, E., & Soderstrom, N. (1997). The accuracy of proportional cost models: evidence from hospital service departments. *Review of Accounting Studies*, 2(1), 89-114. <https://doi.org/10.1023/A:1018325711417>.

- Pamplona, E., Fiirst, C., Silva, T. B. D. J., & Zonatto, V. C. D. S. (2016). Sticky costs in cost behavior of the largest companies in Brazil, Chile and Mexico. *Contaduría y administración*, 61(4), 682-704. <https://doi.org/10.1016/j.cya.2016.06.007>.
- Pervan, M., & Pervan, I. (2012). Analysis of sticky costs: evidence from Croatian food and beverage industry. *International Journal of Mathematical Models and Methods in Applied Sciences*, 6(2), 963-970.
- Porporato, M., & Werbin, E. M. (2010, Agosto). Active cost management in banks: evidence of sticky costs in Argentina, Brazil and Canada. *AAA Annual Conference*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1659228>.
- Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011. (2011). Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no sistema único de saúde (SUS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.
- Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. (2010). Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
- Portaria n. 321, de 8 de fevereiro de 2007. (2007). Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais OPM do Sistema Único de Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0321_08_02_2007_comp.html.
- R Core Team. (2021). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. www.R-project.org.
- Reis, L. S., & Borgert, A. (2019). Análise conjunta de fatores explicativos para o comportamento assimétrico dos custos. *Revista Contemporânea de Contabilidade*, 16(40), 91-109. <https://doi.org/10.5007/2175-8069.2019v16n40p91>.
- Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. (2004). Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e dá outras providências. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html.
- Richartz, F., & Borgert, A. (2014). O comportamento dos custos das empresas brasileiras listadas na BM&FBOVESPA entre 1994 e 2011 com ênfase nos sticky costs. *Contaduría y administración*, 59(4), 39-70. [https://doi.org/10.1016/S0186-1042\(14\)70154-8](https://doi.org/10.1016/S0186-1042(14)70154-8).
- Richartz, F., & Borgert, A. (2021). Fatores explicativos para o comportamento assimétrico dos custos das empresas listadas na B3. *Revista Universo Contábil*, 16(3). <https://doi.org/10.4270/RUC2020313>.
- Richartz, F., Nunes, P., Borgert, A., & Dorow, A. (2011, Novembro). Comportamento dos custos das empresas catarinenses que atuam no segmento fios e tecidos da BM&FBOVESPA. *XVIII Congresso Brasileiro de Custos*. Rio de Janeiro: ABC. <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/522>.

- Santos, T. B. S., Souza, J. S. D., Martins, J. S., Rosado, L. B., & Pinto, I. C. D. M. (2018). Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS. *Saúde em Debate*, 42, 247-261. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S217>.
- Secretaria do Tesouro Nacional. Ministério da Fazenda. (2019). *Manual de contabilidade aplicado ao setor público* 8. ed. https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::9:P9_ID_PUBLICACAO:31484.
- Secretaria Municipal de Saúde. (2021). *Sistema de gestão de custos*. <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=sistema+de+gestao+de+custos>
- Shust, E., & Weiss, D. (2014). Discussion of asymmetric cost behavior - sticky costs: Expenses versus cash flows. *Journal of Management Accounting Research*, 26(2), 81-90. <https://doi.org/10.2308/jmar-10406>.
- SIGTAP. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. (2021). *Tabela unificada*. <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.
- SISREG. Sistema Nacional de Regulação. (2017). *Tipos de estabelecimentos*. <https://wiki.saude.gov.br/SISREG/index.php/Categoria:UNIDADES>.
- Subramaniam, C., & Watson, M. W. (2016). Additional evidence on the sticky behavior of costs. *Advances in Management Accounting*, 26, 275-305. <https://doi.org/10.1108/S1474-787120150000026006>.
- Universidade Federal de Santa Catarina (2021). *Farmácia escola UFSC*. Nossa história. <https://farmaciaescola.ccs.ufsc.br/nossa-historia/>.
- Uy, A. O. O. (2014). The dynamics of firm competitiveness: evidence from cost behavior of Filipino Firms. *Academy of Accounting & Financial Studies Journal*, 18(4), 84-94.
- Weiss, D. (2010). Cost behavior and analysts' earnings forecasts. *The Accounting Review*, 85(4), 1441-1471. <https://doi.org/10.2308/accr.2010.85.4.1441>.
- Werbin, E. M. (2011). Los costos pegadizos (sticky costs): una prueba empírica en bancos argentinos. *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión*, 7(14), 1-9.
- Werbin, E., Vinuesa, L. M., & Porporato, M. (2012). Costos pegajosos (sticky costs) en empresas españolas: un estudio empírico. *Contaduría y administración*, 57(2), 185-200.
- West, D. A. (2003). Three financial strategies. *Journal of Health Care Finance*, 30(1), 10-22.
- Wu, T. C., Young, C. S., Yu, C. C., & Hsu, H. T. (2019). Are governmental expenditures also sticky? evidence from the operating expenditures of public schools. *Applied Economics*, 52(16), 1763-1776. <https://doi.org/10.1080/00036846.2019.1678731>.
- Yükçü, S., & Özkaya, H. (2011). Cost behavior in Turkish firms: are selling, general and administrative costs and total operating costs "sticky"? *World of Accounting Science*, 13(3), 1-28.

Zanella, F., Oyelere, P., & Hossain, S. (2015). Are costs really sticky? Evidence from publicly listed companies in the UAE. *Applied Economics*, 47(60), 6519-6528. <https://doi.org/10.1080/00036846.2015.1080807>.

Zhu, G., Hu, W., Peng, T., & Xue, C. (2021). The influence of corporate financialization on asymmetric cost behavior: weakening or worsening. *Journal of Business Economics and Management*, 22(1), 21-41. <https://doi.org/10.3846/jbem.2020.13634>.

3 ESTUDO 2: FATORES EXPLICATIVOS DO COMPORTAMENTO *COSTS STICKINESS* EM UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE

3.1 RESUMO

Este estudo objetiva investigar fatores explicativos do comportamento *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde. Na busca por maior especificidade e profundidade, delimitam-se as análises exclusivamente em Unidades Básicas de Saúde (UBS), devido ao grau de assimetria verificado, com comportamento anti-*sticky costs*: quando o volume de atividade aumenta 1%, os custos operacionais aumentam 0,45%; mas, quando o volume de atividade reduz 1%, os custos diminuem 1,16%. Com base numa listagem de 29 possíveis fatores explicativos identificados na literatura, consultou-se dois diretores de áreas estratégicas (Assessoria de Planejamento e Atenção Primária) para captar suas percepções sobre as principais motivações do referido comportamento dos custos. Seus relatos foram triangulados com informações documentais advindas de diferentes fontes. Todos os fatores investigados demonstraram alguma ligação com o comportamento dos custos e foram apresentados de forma descritiva e detalhada. As maiores variações em relação às proposições teóricas se dão em função das variáveis que representam cada fator. Assim, conclui-se que os fatores explicativos do comportamento *costs stickiness* são próprios de cada atividade, pois a forma com que são visualizados, mensurados e interpretados depende de suas características e particularidades.

Palavras-chave: *Costs stickiness*. Fatores explicativos. Público. *Sticky Cost*. Unidade Básica de Saúde (UBS).

3.2 INTRODUÇÃO

Em oposição ao modelo tradicional, que admite uma relação linear, simétrica e mecanicista dos custos em relação ao volume de atividade, Anderson, Banker e Janakiraman (2003), legitimaram um modelo que comprova que o comportamento dos custos depende, também, da direção dessa mudança (Banker & Byzalov, 2014). Os autores constataram que a magnitude de aumento nos custos relativos a um aumento no volume de atividade é maior do que a magnitude de redução nos custos quando há uma diminuição equivalente na demanda, cunhando o termo *sticky costs* (ou *costs stickiness*). Fundamentando-se nessa premissa, as pesquisas relativas ao tema se intensificaram, expandindo-se para diferentes países, setores e empresas (Banker & Byzalov, 2014).

Malik (2012), ao revisar e sintetizar esses estudos, dividiu-os em três estágios, a iniciar pela fase de evidenciação, seguida da identificação de fatores explicativos, também denominado determinantes dos *costs stickiness*, e, por fim, pesquisas que tratam das consequências desse fenômeno aos *stakeholders*. Para a autora, dada a copiosidade na comprovação dos *costs stickiness*, as pesquisas atuais centram-se na segunda etapa de análise,

cuja preocupação está em compreender por que os custos não diminuem ou aumentam na mesma proporção diante de variações similares no volume de atividade, ou seja, as causas desse comportamento. Contudo, para consolidar o reconhecimento e a investigação desses fatores e para que mais pesquisas avancem na análise de suas consequências, ainda há demanda por avanços em alguns contextos e para alguns critérios.

De acordo com Hosomi e Nagasawa (2018a), há uma concentração de estudos empíricos sobre os *costs stickiness*, seja para averiguar a manifestação do fenômeno ou inferir sobre fatores explicativos, em empresas privadas e de capital aberto, haja vista que permitem o acesso público a informações financeiras. Porém, Anderson e Lanen (2009) defendem que os estudos sobre o tema necessitam de uma compreensão mais profunda, o que não é possível ao se analisar apenas os demonstrativos financeiros, pois esses relatórios não trazem informações detalhadas sobre as causas, suas origens e suas possíveis formas de mensuração e análise. Portanto, sugerem pesquisas que busquem “evidências baseadas em campo, coletadas por meio de entrevistas com gerentes-chave que têm autoridade e responsabilidade pelo gerenciamento de custos e pelos registros contábeis” (Anderson & Lanen, 2009, p. 36). Shust e Weiss (2014), também, realizam críticas aos dados retirados de relatórios financeiros sem que haja maior contextualização sobre suas origens e decorrências e alegam que a escolha da base informacional influencia a medição do comportamento de custos.

Cabe ressaltar que as análises sobre os *costs stickiness* podem se diferenciar pelas características das atividades e das condições dos mercados (Calleja, Steliaros, & Thomas, 2006), o que acentua a importância de análises pormenorizadas como as sugeridas por Anderson e Lanen (2009) e Shust e Weiss (2014). Assim, como a literatura (com algumas exceções) abstrai-se de observações no contexto público (Wu, Young, Yu, & Hsu, 2019; Nagasawa & Nagasawa, 2021), e dadas as suas peculiaridades em relação às empresas privadas, onde as pesquisas sobre o tema se fortaleceram, verifica-se a necessidade de análises mais profundas, que verifiquem esse comportamento e os fatores explicativos de forma pormenorizada nesse ambiente.

Dentre as características do contexto público, que o torna um ambiente potencial a ser explorado, destaca-se: a ausência de mercado e de busca por lucros; as influências orçamentárias e dos sistemas contábeis; a forte influência política; as restrições institucionais e regulatórias; e as considerações sociais, com a responsabilidade de apoiar a vida cotidiana das pessoas (Holzhacker, Krishnan, & Mahlendorf, 2015a; Cohen *et al.*, 2017; Nagasawa, 2018; 2019; Wu *et al.*, 2019; Campagnoni, Fabre, Borgert, & Rover, 2021; Krisnadewi & Soewarno, 2021). Diante disso, há alguns estudos que buscam comprovar o fenômeno no

ambiente governamental e testar alguns de seus determinantes, seja em empresas públicas (Hosomi & Nagasawa, 2018a; 2018b; Nagasawa, 2018; 2019; Nagasawa & Nagasawa, 2021), instituições mantidas com recursos públicos (Balakrishnan & Gruca, 2008; Holzhacker *et al.*, 2015a) ou instituições puramente públicas (Cohen, Karatzimas, & Naoum, 2017; Bradbury & Scott, 2018; Wu *et al.*, 2019; Campagnoni *et al.*, 2021; Fabre, 2021).

Apesar dessas iniciativas, a maioria dos estudos trata os fatores explicativos de forma dissociada, por vezes, tipificando-os como variáveis de controle (por exemplo, Holzhacker *et al.*, 2015a; Wu *et al.*, 2019; Nagasawa & Nagasawa, 2021). O mesmo acontece na literatura direcionada às empresas privadas, onde esses fatores intervenientes são apresentados em contexto e tempo diversos, geralmente, de forma isolada ou com poucas combinações (Anderson & Lanen, 2009; Richartz & Borgert, 2021). O estudo de Richartz e Borgert (2021), por sua vez, copila onze fatores explicativos e verifica o impacto conjunto no comportamento dos custos das empresas brasileiras listadas na B3. Apesar dos autores setorizarem as observações, os fatores e as *proxies* de mensuração utilizados são os mesmos para todas as empresas, o que acaba por não considerar extensivamente os atributos próprios de cada atividade ou setor. Contudo, as características das empresas e dos mercados estão associadas a diferentes padrões de custos (Anderson & Lanen, 2009), o que pode implicar fatores explicativos distintos, diferentes medidas de mensuração, ou até mesmo, explicações diversas para uma mesma variável.

Em suma, percebe-se que a temática trata de uma teoria em construção (Malik, 2012), que carece de desenvolvimento, em especial, com estudos voltados para um conjunto de fatores que ponderem as particularidades de cada contexto, principalmente, no setor público. Nesse âmbito, dentre os serviços de competência governamental considerados direitos e garantias fundamentais à população brasileira está a promoção, proteção e recuperação da saúde (Lei n. 8.080, 1990).

As atividades de saúde possuem particularidades que podem influenciar o comportamento e o gerenciamento dos custos por diferentes motivos. Destaca-se que mais de 70% da população brasileira depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde – SUS (Ministério da Saúde, 2021a), ou seja, dos serviços e recursos fornecidos pelo setor público, sendo este um direito social e dever do Estado (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988). Assim, as medidas e formas de gerenciamento são restritas aos padrões de atendimento, pois a necessidade de procedimentos que garantam o bem-estar dos indivíduos, pode se sobrepor a ações viáveis financeira e economicamente, o que faz com que essa atividade seja fortemente influenciada por condicionantes sociais. Por conseguinte, os fatores

que implicam nesse comportamento, bem como a forma de mensurá-los e de interpretá-los, podem se diferenciar daqueles já elencados na literatura. Portanto, o presente estudo objetiva **investigar fatores explicativos do comportamento *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde.**

Para a literatura específica do tema, essa análise diferencia-se por trazer a concepção dos *costs stickiness* para o contexto público, em uma atividade cujas decisões e a estrutura possuem notável influência social, o que pode remodelar ou aperfeiçoar os conhecimentos atuais do tema. Assim, com essa transposição do fenômeno e dos fatores explicativos, o modelo teórico gerado nessa pesquisa pode trazer *insights* e ser adaptado a outros contextos e realidades.

De forma prática, ao se conhecer as principais motivações dos *costs stickiness*, pode-se embasar e justificar decisões, além de auxiliar na previsibilidade de custos e no planejamento orçamentário (Hoffmann, 2017). Isso porque, tem-se entendimentos mais amplos sobre como os custos se comportam em função de diferentes fatores, como: decisões de compra, terceirização ou *leasing*; intensidade de ativos e passivos; intensidade de mão de obra; restrições tecnológicas; utilização da capacidade; expectativas de demanda futura; custos de ajuste; fatores econômicos e de arrecadação; otimismo e pessimismo dos gestores; fatores regulatórios, normativos e políticos; demandas sociais; entre outros (Borgert, Crispim, & De Almeida, 2011; Holz hacker, Krishnan, & Mahlendorf, 2015b; Hoffmann, 2017; Krisnadewi & Soewarno, 2021). Assim, o conhecimento gerado, também, pode direcionar e qualificar o tempo de resposta das organizações em períodos de redução na demanda e auxiliar na realização de projeções mais assertivas (Medeiros, Costa, & Silva, 2005; Garrison & Noreen, 2007).

Por fim, o estudo também se destaca por incorrer no Brasil, um país de economia emergente, que se diferencia, em diversos aspectos que afetam os *costs stickiness*, dos países desenvolvidos, onde a literatura teve origem e se desenvolveu (Werbin, 2011). Além disso, conforme já mencionado, há particularidades da saúde pública brasileira que tornam este um ambiente próspero para análise. Isso porque, o sistema de saúde brasileiro é considerado um dos mais abrangentes e complexos do mundo, pois se caracteriza como universal, integral e gratuito, financiado por fontes fiscais e que engloba toda a rede de atenção: primária e especializada; serviços de urgência e emergência; atenção hospitalar; ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental; e assistência farmacêutica (Ministério da Saúde, 2021b). Diante disso, Dermindo (2019) destaca que o conhecimento e a gestão dos custos na saúde pública são primordiais na busca por maior eficiência, eficácia e efetividade,

a fim de que não sejam negados tratamentos por falta de recursos e para que possa investir na prevenção de doenças e de agravos.

3.3 REFERENCIAL TEÓRICO

A suposição do modelo tradicional sobre comportamento de custos infere que as variações em termos relativos ao nível de atividade, em especial para os custos variáveis, sejam explicadas em uma função linear, simétrica e mecanicista, a qual considera apenas a amplitude de suas variações (Noreen & Soderstrom, 1997; Banker & Byzalov, 2014; Nagasawa, 2019). Apesar de alguns estudos documentarem que a relação custo-volume não ocorre de forma proporcional como a preconizada, questionando a hipótese de simetria (Malcom, 1991; Noreen e Soderstrom; 1997), foi o estudo de Anderson *et al.* (2003) que sumarizou um modelo capaz de comprovar que a variação dos custos não depende apenas da magnitude de variação do volume de atividade, mas, também, da direção dessa mudança (Banker & Byzalov, 2014). Os autores, ao examinar 7.629 empresas ao longo de 20 anos (1979 a 1998) com dados anuais do *Compustat*, verificaram que o aumento nos custos quando as receitas (utilizada como *proxy* para volume de atividade) aumentam, é maior do que a diminuição nos custos quando as receitas diminuem, cunhando o termo “*sticky costs*”. Posteriormente, Weiss (2010) encontrou resultados inversos (*anti-sticky costs*), onde os custos reduzem mais para quedas na receita do que aumentam para acréscimos. Assim, ampliou-se essa denominação para o termo genérico “*costs stickiness*”.

A partir do modelo de Anderson *et al.* (2003) a temática ganhou destaque, com o desenvolvimento de estudos focados em encontrar evidências comprobatórias da existência dos *costs stickiness* em diferentes contextos. O interesse dos pesquisadores para com o tema, fez com que a *American Accounting Association* (AAA) criasse, em 2009, uma seção específica para essa discussão em seu encontro anual (Richartz & Borgert, 2021).

Muitos desses estudos realizam algumas inferências sobre possíveis determinantes, ou seja, fatores explicativos que justificam tal comportamento, mesmo sem, necessariamente, testá-los. Anderson *et al.* (2003), em seu estudo seminal, já apresentam alguns fatores, ao sugerir que a intensidade do uso de ativos, a mão de obra, o ambiente macroeconômico e a agregação de períodos influenciam o comportamento *sticky*. Contudo, com a evolução do tema, a literatura voltou-se para essa etapa como forma de expandir e consolidar a teoria, visto que, conhecer as origens e explicações desse comportamento pode contribuir para que tomadores de decisão e outras partes interessadas tenham informações mais detalhadas e confiáveis de custos, a fim de facilitar o planejamento de recursos e a previsão de gastos

(Hoffmann, 2017; Richartz & Borgert, 2021). Neste contexto é que se desenvolve o presente estudo, que pretende contribuir para o avanço da temática, ao estender as análises para o ambiente governamental, com especificidade a um único setor e à realidade brasileira.

Segundo Yang, Kuang e Li (2020) e Costa, Habib, Bhuiyan (2021), a literatura atual acerca dos fatores explicativos das variações no grau de assimetria dos custos (*costs stickiness*), indiferente do contexto e do ambiente de análise, os interpreta a partir de diferentes aspectos (explicações teóricas), que influenciam a forma como o fenômeno é percebido. Para os autores, as perspectivas mais recorrentes na literatura são:

- **Custo de ajuste:** uma vez que o recurso é comprometido, as organizações incorrem em custos para removê-los ou restaurá-los novamente no futuro, como indenizações, custos de pesquisa, treinamento para novos funcionários e custos de transação associados à compra de novos equipamentos. Assim, quando os custos de ajuste são expressivos, os gestores decidem, deliberadamente, reter recursos em excesso durante períodos de quedas no volume de atividade, a fim de evitá-los quando a demanda aumentar.
- **Expectativas otimistas de gerenciamento:** o otimismo ou pessimismo em relação à demanda futura influencia na maneira como os gestores agem em momentos de queda do volume de atividade, de forma que estes podem reter recursos (*sticky costs*) ou eliminá-los em uma escala maior (*anti-sticky*). Para Yang *et al.* (2020), se o otimismo se basear em expectativas racionais da economia, do mercado e do desempenho organizacional, torna-se favorável ao aumento do valor da empresa, mas, se essas expectativas derivam do excesso de confiança, a rigidez dos custos torna-se irracional e deve ser contida.
- **Custos de agência:** se relaciona às vantagens e incentivos pessoais de gestores desalinhados com a dos acionistas (no caso da área pública com a população em geral), que tendem a se envolver na construção de impérios, reter recursos não utilizados quando o volume de atividade diminui, a fim de fazer a organização crescer além de seu tamanho ideal, o que ressalta a importância dos mecanismos de governança corporativa e da avaliação dos incentivos gerenciais.

Por sua vez, Reis e Borgert (2019) classificam os fatores explicativos dos *costs stickiness* em: (i) decisão deliberada dos gestores, que representa o aspecto pessoal do decisor; e (ii) atraso nos ajustes de custos, que representa a estrutura da empresa. No que diz respeito,

especificadamente à decisão deliberada, em estudo posterior, Reis (2019) singularizou seus efeitos sob dois aspectos: (i) perspectiva econômica, pautada na avaliação das expectativas da demanda futura, com base em observações da atividade econômica e do mercado; e (ii) perspectiva pessoal dos gestores, onde as decisões relativas ao comprometimento de recursos são tomadas para evitar consequências pessoais restritivas e são influenciadas por seus incentivos e pelo viés comportamental. Já a estrutura de custos das empresas (atraso nos ajustes de custos) é classificada por Souza (2019) em: (i) ativos e passivos; (ii) intensidade de gastos com mão de obra; e (iii) ambiente regulatório.

Segundo Guenther, Riehl e Rößler (2013), as principais razões para a assimetria residem no ajuste de custos inadequado, prematuro, atrasado, omitido ou impossível para as mudanças no nível de atividade, ou, ainda, nos custos de ajustamento, na expectativa gerencial e nos incentivos gerenciais. Em uma revisão literária sobre as causas e ocorrências dos *costs stickiness*, Guenther *et al.* (2013) dividem os fatores explicativos em quatro categorias, que apesar de distintas, têm fundamentação similar às demais classificações já apresentadas:

- **Razões legais:** refere-se às exigências de emprego e legislação, como regras e proteção especial em casos de demissão, licença-maternidade, regras para contratos de compra de longo prazo, indenizações, entre outros.
- **Razões causadas pela política social e pessoal:** por serem consideradas como sistemas sociais, as empresas devem cumprir as condições e expectativas de seu ambiente, o que gera relutância em ajustar recursos quando a atividade diminui, como, por exemplo, em casos de demissão de inválidos, mães solteiras, funcionários mais velhos ou mais graduados. Além disso, uma empresa pode se abster de demissões para mostrar que está ao lado de seus funcionários ou em função de benefícios sociais voluntários.
- **Razões causadas pela política operacional:** inclui desde o incentivo aos gestores, uma vez que quando a remuneração está vinculada ao lucro suas decisões podem ser voltadas para o atingimento de metas de curto prazo, até ações baseadas em suas expectativas futuras, pois na espera de aumento da demanda, os gestores podem se abster de dispensar funcionários altamente qualificados e que trabalham como uma equipe, deter ativos não utilizados que possuam altos custos de reaquisição, retorno ao serviço e personalização, ou manter o excesso de capacidade.

- **Razões psicológicas e relacionadas a problemas de agência:** os gerentes podem reter recursos não utilizados para evitar consequências pessoais, como a perda de status ou a angústia de dispensar funcionários familiares. Também, são influenciados por *déficits* cognitivos, adesão a velhos hábitos, medo de perder o emprego, lentidão e falta de competência para tomar decisões ou intenção de construção de império.

Em suma, alguns dos fatores hipotetizados como causadores dos *costs stickiness*, associam-se a características específicas das empresas, como a intensidade dos ativos e passivos e a intensidade de mão de obra (Anderson *et al.*, 2003; Calleja *et al.*, 2006; Chen, Lu, & Sougiannis, 2012; Dalla Via & Perego, 2013; Abu-Serdaneh, 2014; Balakrishnan, Labro, & Soderstrom, 2014). Outros, referem-se às características específicas do mercado e/ou do país (ambiente macroeconômico), como crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), mercado de trabalho e regulamentações (He, Teruya, Shimizu, 2010; Chen *et al.*, 2012; Banker, Byzalov, & Chen, 2013; Guenther *et al.*, 2013; Abu-Serdaneh, 2014; Agarwal, Khizer, & Sethuraman, 2021). A assimetria, ainda, é resultado das decisões dos gestores sobre o ajuste de recursos e, portanto, abrange fatores como incentivos gerenciais, problemas de agência e de construção de impérios (Chen *et al.*, 2012; Abu-Serdaneh, 2014; Agarwal *et al.*, 2021).

Mesmo com diferentes categorizações, um critério comum aos estudos sobre os fatores explicativos dos *costs stickiness* é que, conforme já mencionado, há uma concentração de análises em empresas privadas com informações financeiras divulgadas publicamente. Contudo, seus achados podem contribuir, também, para o desenvolvimento da literatura em outros contextos, como, por exemplo, o estudo de Dalla Via e Perego (2013), que investigou os *costs stickiness* em pequenas e médias empresas de uma amostra de firmas italianas, e o estudo de Fazoli, Reis e Borgert (2018), que analisou todas as empresas do setor industrial do estado de Santa Catarina – Brasil. Além disso, estudos aplicados ao contexto governamental, também, se baseiam em alguns dos determinantes de custos inicialmente tratados em empresas privadas (Holzhacker *et al.*, 2015a; Cohen *et al.*, 2017; Bradbury & Scott, 2018; Hosomi & Nagasawa, 2018b; Wu *et al.*, 2019). Portanto, conhecer os fatores explicativos já contemplados pela literatura específica do tema, pode contribuir para o alcance do objetivo proposto, ao dar direcionamento na identificação de novos fatores ou adaptar aqueles já existentes às características de unidades públicas de saúde.

Malik (2012), ao realizar uma análise literária, concluiu que os fatores mais recorrentes apresentados como possíveis explicações para o comportamento *costs stickiness* são: decisão deliberada dos gestores; otimismo dos gestores; restrições tecnológicas;

intensidade do uso de mão de obra; intensidade do uso de ativos e passivos; capacidade de utilização e ociosidade; custos de ajustamento de recursos; problemas de agência; e crescimento do PIB.

Por sua vez, Richartz e Borgert (2021) reuniram onze fatores explicativos elencados na literatura de forma isolada ou com poucas associações, e verificaram o seu impacto conjunto no comportamento assimétrico dos custos, são eles: (i) estrutura de custos (ii) fluxo de caixa disponível; (iii) tamanho da empresa; (iv) intensidade de ativos e passivos; (v) decisões deliberadas dos gestores / otimismo e pessimismo / expectativa de vendas futuras; (vi) ambiente macroeconômico, representado pelo crescimento do PIB; (vii) magnitudes das variações da receita / capacidade ociosa / custos de ajustamento; (viii) legislação de proteção ao emprego / intensidade de uso de mão de obra; (ix) regulamentação do mercado; (x) atraso nos ajustes de custo e; (xi) problemas de agência.

Com vistas a identificar outros elementos, inclusive específicos das atividades de saúde, e detalhar suas particularidades, apresenta-se na Tabela 7 fatores explicativos dos *costs stickiness* identificados na literatura e a forma com que são mensurados nos diferentes contextos.

Tabela 7
Fatores explicativos do comportamento *costs stickiness*

Fator	Modelo teórico	Forma de mensuração	Referências
1 Ambiente macroeconômico / Crescimento do PIB. ¹	Se a economia estiver em expansão, as empresas encontram condições favoráveis para crescimento e os gestores criam expectativas positivas, o que favorece a manutenção de recursos mesmo com reduções no volume de atividade. Por outro lado, momentos de retração/recessão econômica geram expectativas negativas (Richartz & Borgert, 2021).	Variação percentual do PIB (taxa de crescimento do PIB).	Banker, Ciftci e Mashruwala (2008); He <i>et al.</i> (2010); Porporato e Werbin (2010); Banker <i>et al.</i> (2013); Abu-Serdaneh (2014); Balakrishnan <i>et al.</i> (2014); Holzhacker <i>et al.</i> (2015a); Xu e Sim (2017); Rouxelin, Wongsunwai e Yehuda (2018); Yang (2018); Costa <i>et al.</i> (2021); Agarwal <i>et al.</i> (2021); Krisnadewi e Soewarno (2021); Nagasawa e Nagasawa (2021); Richartz e Borgert (2021).
	No ambiente governamental, ao mesmo tempo que se tem a função estabilizadora da economia, a distribuição de recursos nas demais funções de governo, em especial as alocativas (como é o caso da saúde) são afetadas pelo ambiente macroeconômico, visto que este influencia as arrecadações, a distribuição de recursos e, conseqüentemente, as políticas públicas (Fabre, 2021).	<i>Dummy</i> com peso 1 para o período anterior à crise econômica e 0 para os anos posteriores.	He <i>et al.</i> (2010); Ibrahim (2015).
		<i>Dummy</i> com peso 1 para períodos de estabilidade econômica e 0 caso contrário (período historicamente menos estável).	Yükçü e Özkaya (2011).
		Índice de produção industrial. Taxa histórica de desemprego.	Rouxelin <i>et al.</i> (2018). Rouxelin <i>et al.</i> (2018).
2 Ano eleitoral (Eleições).	O período eleitoral suaviza a rigidez dos custos devido à incerteza política, pois os gestores não querem permitir que seus oponentes façam campanhas políticas contrárias, argumentando, por exemplo, que houve aumento de gastos para a reeleição.	<i>Dummy</i> com peso 1 se é um ano eleitoral e 0 em caso contrário.	Cohen <i>et al.</i> (2017); Nagasawa e Nagasawa (2021).
3 Assimetria informacional.	Condições adversas no ambiente informacional externo, (relatórios financeiros), restringem o acesso a financiamentos, pioram os problemas de agência e dificultam a capacidade de investidores e credores de monitorar os gestores. Assim, eles respondem reduzindo a rigidez dos custos (diminuem a folga de recursos), a fim de gerar maiores fundos, melhorar a liquidez e aumentar a transparência (Agarwal <i>et al.</i> , 2021). Já no ambiente informacional interno, quando há controles pouco efetivos, o grau de assimetria de custos (<i>sticky</i>) tende a aumentar, dada a intempetividade e inconsistência da informação, gerando incerteza sobre a demanda futura e incorrendo em atrasos no ajuste de recursos (Kim, Lee, & Park, 2022).	<i>Dummy</i> com peso 1 para o período pós fechamento de operações de pesquisa das corretoras (rescisões de cobertura de analistas, o que aumenta a assimetria informacional) e 0 caso contrário.	Agarwal <i>et al.</i> (2021).
		<i>Dummy</i> com peso 1 para se o parecer do auditor concluir que os controle internos não são efetivos e 0 caso contrário.	Kim <i>et al.</i> (2022).

4	Atraso nos ajustes de custo.	O completo ajuste dos recursos ao volume de atividade pode sofrer atrasos devido às estruturas produtivas difíceis de serem descontinuadas ou porque os gerentes preferem obter mais informações que lhes permitam avaliar cenários futuros. Assim, os recursos podem ser eliminados apenas depois de períodos consecutivos de queda de volume.	Defasagem (por exemplo, t-3).	Anderson <i>et al.</i> (2003); Calleja <i>et al.</i> (2006); Yükcü e Özkaya (2011); Balakrishnan <i>et al.</i> (2014); Banker e Byzalov (2014); Richartz e Borgert (2021).
5	Capacidade utilizada. ²	Os custos são <i>sticky</i> quando a capacidade utilizada é muito alta e <i>anti-sticky</i> quando a utilização da capacidade é baixa, pois os gerentes podem ver uma redução adicional nos níveis de atividade como uma confirmação de declínio contínuo, o que os faz ajustar os recursos em maior medida do que aumentariam em relação a um aumento similar.	Classifica cada clínica em 3 categorias: excesso de utilização de capacidade, utilização de capacidade normal, utilização de capacidade forçada. Considera o tempo médio disponível por atendimento e o número de horas de terapeuta ocupadas.	Balakrishnan, Petersen e Soderstrom (2004).
6	Decisão deliberada dos gestores ³ / Expectativa de vendas futuras / Otimismo e pessimismo.	As decisões deliberadas dos gestores são mais comumente representadas pelo seu otimismo ou pessimismo e, conseqüentemente, sobre suas expectativas futuras. Quando os gerentes estão otimistas sobre as perspectivas de vendas futuras, tendem a manter os recursos ou até mesmo criar novos investimentos, mas quando estão pessimistas tendem a cortar gastos mais rapidamente.	<p><i>Dummy</i> com peso 1 para otimismo alto e 0 para baixo, classificado com base no questionário <i>Life Orientation Test Revision</i></p> <p><i>Dummy</i> com peso 1 para otimismo e 0 para pessimismo: se o índice de prosperidade (divulgado pelo centro de pesquisa de desenvolvimento estadual da China) for maior que a mediana, classifica-se como expectativas otimistas.</p> <p><i>Dummy</i> com peso 1 se a receita anual de vendas diminuiu por dois anos consecutivos e 0 caso contrário, pois comportamentos sucessivos influenciam o otimismo/pessimismo e as previsões.</p> <p>Categorias de variação da receita: consistência forte (direção da mudança é a mesma em três períodos); consistência recente (direção da mudança é a mesma nos dois períodos mais recentes); inconsistência recente (direção da mudança no período t-1 é diferente daquela no período t).</p> <p>Planos de longo prazo (planejamento municipal para de 10 anos). Compara o previsto e o executado.</p>	<p>Krisnadewi e Soewarno (2021).</p> <p>Yang <i>et al.</i> (2020).</p> <p>He <i>et al.</i> (2010); Kama e Weiss (2013); Banker e Byzalov (2014); Jalilian e Elyssai (2014); Holzhacker <i>et al.</i> (2015a); Yang (2018); Yang <i>et al.</i> (2020); Agarwal <i>et al.</i> (2021); Costa <i>et al.</i> (2021); Nagasawa e Nagasawa (2021); Richartz e Borgert (2021); Zhu, Peng e Xue (2021).</p> <p>Banker <i>et al.</i> (2008).</p> <p>Bradbury e Scott (2018).</p>

7	Desempenho financeiro. ⁴	As empresas que priorizam melhor desempenho financeiro no curto prazo, estão mais propensas a aplicar medidas imediatas de ajuste de recursos quando a atividade diminui, a fim de gerar lucratividade e retornos atuais. Por outro lado, as empresas precisam de folga para fomentar a inovação, aumentar as vendas futuras e cumprir metas de longo prazo. Portanto, como a presença de recursos excedentes proporciona flexibilidade para decidir sobre um curso de ação, os gerentes podem mantê-los para fomentar novos investimentos e aumentar a lucratividade futura.	<p>Retorno sobre os ativos (ROA) = Lucro líquido ÷ Ativo.</p> <p>Varição do ROA.</p> <p>Retorno sobre o patrimônio (ROE) = Lucro líquido ÷ Patrimônio Líquido.</p> <p>Desempenho das ações = Retorno das ações brutas no ano anterior à reunião anual da diretoria.</p>	<p>Li (2013); Argilés-Bosch <i>et al.</i> (2017); Agarwal <i>et al.</i> (2021).</p> <p>Argilés-Bosch <i>et al.</i> (2017).</p> <p>Calleja <i>et al.</i> (2006); Li (2013).</p> <p>Chen <i>et al.</i> (2012).</p>
8	Distribuição populacional.	Mudanças populacionais geram alterações no padrão de consumo e de demanda dos serviços de saúde. Portanto, a longo prazo, essa distribuição pode afetar a assimetria.	Varição da população total, idosa, jovem e em idade produtiva	Nagasawa (2018)
9	Estado / Região / País (Localidade).	Muitos países apresentam desequilíbrios quanto ao desenvolvimento econômico nas diferentes regiões territoriais, que levam a diferenças na eficiência produtiva e financeira, em função de fatores como: capital corporativo, tecnologia empregada e intensidade do trabalho. Essas diferenças afetam o comportamento de custos, visto que regiões que concentram empresas com alta eficiência tendem a ser menos <i>sticky</i> .	<i>Dummy</i> para cada estado / região / país.	Porporato e Werbin (2010); Xu e Sim (2017).
10	Estrutura de custos.	A estrutura de custos divide-se entre gastos fixos e variáveis, sendo os primeiros mais difíceis de serem descontinuados. Por sua vez, diferentes setores agrupam empresas cujas estruturas produtivas e de custos apresentam características similares. Portanto, há setores que, por sua natureza, tem maior parcela de custos fixos, os quais tendem a apresentar maior assimetria.	<i>Dummy</i> para cada setor de atuação/natureza jurídica.	Calleja <i>et al.</i> (2006); Porporato e Werbin (2010); Balakrishnan <i>et al.</i> (2014); Subramaniam e Watson (2016); Xu e Sim (2017); Richartz e Borgert (2021); Avelar, Santos, Souza e Cailleau (2021).
11	Fluxo de caixa (FC) disponível. ⁵	Empresas com maiores valores de fluxo de caixa disponível tendem a apresentar maior rigidez de custos (<i>sticky</i>), pois os gerentes podem optar por atrasar o ajuste de recursos quando a demanda diminui, visto que possuem caixa para manter a estrutura e sanar seus compromissos. Porém, quando o fluxo de caixa é baixo, precisam eliminar recursos rapidamente, para arcar com os compromissos de curto prazo e evitar consequências negativas.	Disponibilidades (fluxo de caixa das atividades operacionais menos dividendos ordinários e preferenciais) ÷ ativo total.	Chen <i>et al.</i> (2012); Abu-Serdaneh (2014); Yang <i>et al.</i> (2020); Agarwal <i>et al.</i> (2021); Richartz e Borgert (2021).

12	Intensidade de ativos. ⁶	Empresas maiores em termos de ativos, têm um comportamento de custos <i>sticky</i> , pois, quando a demanda cai, é relativamente mais fácil reduzir os recursos contratados do que reduzir ativos próprios. Além disso, os custos de retenção dos recursos próprios excedentes tendem a ser maiores do que os custos de renegociação, a menos que existam muitos contratos de longo prazo.	Ativo ÷ receitas de venda.	Anderson <i>et al.</i> (2003); Banker <i>et al.</i> (2008); He <i>et al.</i> (2010); Chen <i>et al.</i> (2012); Banker <i>et al.</i> (2013); Kama e Weiss (2013); Abu-Serdaneh (2014); Balakrishnan <i>et al.</i> (2014); Argilés-Bosch, Blandón, Ravenda, Valencia-Silva e Somoza (2017); Xu e Sim (2017); Bradbury e Scott (2018); Yang (2018); Agarwal <i>et al.</i> (2021).
			Ativo total.	Calleja <i>et al.</i> (2006); Porporato e Werbin (2010); Cohen <i>et al.</i> (2017); Nagasawa (2019).
			Gastos com manutenção de ativos (por exemplo, equipamentos, instalações) ÷ dias de pacientes do hospital.	Holzhacker <i>et al.</i> (2015a).
13	Intensidade de imobilizados. ⁷	Instituições com elevada proporção de ativos imobilizados, tendem a apresentar maior proporção de custos fixos, o que dificulta a redução de recursos em momentos de declínio de atividade, provocando a assimetria (<i>sticky</i>).	Imobilizado ÷ ativo total.	Avelar <i>et al.</i> (2021); Richartz e Borgert (2021).
			Ativos fixos tangíveis (total do imobilizado).	Hosomi e Nagasawa (2018a); Yang <i>et al.</i> (2020).
			Dois grupos distintos e discrepantes entre si (imobilizado ÷ ativo total).	Grejo, Abbas, Camacho e Junqueira (2019).
			Imobilizado ÷ Receita de venda.	Jalilian e Elyssai (2014); Subramaniam e Watson (2016); Yang (2018); Nagasawa e Nagasawa (2021).
14	Intensidade de estoque.	Estoques elevados aumentam a rigidez dos custos (<i>sticky</i>), pois as empresas são incapazes ou relutam em reduzir os níveis de estoque rapidamente frente a quedas no volume de atividade.	Estoques ÷ Receita de venda.	Subramaniam e Watson (2016).
15	Intensidade de passivos / Intensidade da dívida. ⁸	Empresas com altos níveis de endividamento apresentam menor rigidez de custos, pois os gerentes são pressionados pelos credores a cumprir os pagamentos, o que faz com que busquem cortes rápidos de custos (Calleja <i>et al.</i> , 2006; Dalla Via & Perego, 2013). Por outro lado, Richartz e Borgert (2021) afirmam que quando a empresa tem seus recursos comprometidos com terceiros, os entraves causados por essa situação podem aumentar a rigidez.	Capital de Terceiros ÷ Passivo total.	Richartz e Borgert (2021).
			Passivo total.	Cohen <i>et al.</i> (2017).
			Passivo ÷ Receitas de venda.	Calleja <i>et al.</i> (2006); Dalla Via e Perego (2013); Abu-Serdaneh (2014); Jalilian e Elyssai (2014); Argilés-Bosch <i>et al.</i> (2017); Zhu <i>et al.</i> (2021).

16	Legislação de proteção ao emprego (LPE) / Intensidade de uso de mão de obra (MO).	As legislações rígidas de proteção ao emprego impossibilitam as empresas de gerenciar os recursos disponíveis, pois a estrutura de mão de obra é difícil e onerosa de ser reduzida. Assim, principalmente diante de pequenas variações no volume, os gerentes não se desfazem de sua equipe, pois os custos de demissão são maiores que os benefícios, o que causa a rigidez de custos (<i>sticky</i>). No contexto público brasileiro esse fator intensifica-se, visto que a contratação de pessoal deve ser precedida de concurso público e há condições rígidas para rescisão do contrato de trabalho, a fim de garantir a estabilidade (Lei n. 9.962, 2000).	Número de empregados ÷ Receita de venda.	Anderson <i>et al.</i> (2003); Calleja <i>et al.</i> (2006); Banker <i>et al.</i> (2008); Chen <i>et al.</i> (2012); Kama e Weiss (2013); Bradbury e Scott (2018); Agarwal <i>et al.</i> (2021); Zhu <i>et al.</i> (2021).
			Gastos com mão de obra ÷ Custo total.	Richartz e Borgert (2021).
			Gastos com mão de obra ÷ Receitas de venda.	Yang (2018); Nagasawa e Nagasawa (2021).
			Índices de rigor da LPE com 14 itens avaliados de 1 a 6. Considera as médias dos índices para trabalhadores regulares e temporários, conforme modelo da OECD.	Banker <i>et al.</i> (2013).
			Número de funcionários em tempo integral ÷ dias do paciente do hospital.	Holzhacker <i>et al.</i> (2015a).
17	Magnitude das variações / Custos de ajustamento de recursos.	Pequenas variações do volume de atividade podem ser gerenciadas sem a necessidade de investimentos ou de cortes (eliminação de recursos). No entanto, aumentos expressivos podem demandar ajustes na capacidade instalada para manter as empresas competitivas. Assim, espera-se comportamento <i>sticky</i> para pequenas variações e <i>anti-sticky</i> para variações bruscas.	<i>Dummy</i> com peso 1 para variações do volume de atividade inferiores a 15% e 0 para variações superiores.	Richartz e Borgert (2021).
			<i>Dummy</i> com peso 1 para variações do volume de atividade inferiores a 3% e 0 para variações superiores.	Balakrishnan <i>et al.</i> (2004).
			<i>Dummy</i> para diferentes níveis de variação da receita: até 10% e de 10% a 50%, para reduções e para aumentos.	Calleja <i>et al.</i> (2006).
			<i>Dummy</i> para diferentes níveis de variação da receita: até 5%, 5-10%, 10-15%, 15-20%, 20-25% e 25-30%, para reduções e para aumentos.	Subramaniam e Watson (2016).
18	Mudança normativa / imposições legais e regulatórias.	As imposições legais e normativas podem afetar os custos de diferentes maneiras, ao exigir a manutenção de recursos, mesmo diante de quedas no volume de atividade, ou suscitar cortes imediatos (Wu <i>et al.</i> , 2019; Nagasawa & Nagasawa, 2021). Ao tratar das IFRS, Yang (2018) cita que essas normas aumentaram a eficiência do capital intelectual e diminuíram a capacidade de gerenciamento de resultados, o que aumentou a rigidez de custos.	Segrega as análises em: antes e depois das <i>International Financial Reporting Standards</i> (IFRS).	Yang (2018).

19	Problemas de agência / Construção de império gerencial / Governança corporativa.	Os gestores podem optar por manter recursos em momentos de queda ou investir além do necessário, para obter benefícios próprios e maximizar sua utilidade pessoal, <i>status</i> , poder, remuneração e prestígio, o que gera conflito de interesses entre acionistas e gerentes (teoria da agência) e desencadeia a busca pela construção de impérios. Quando os benefícios pessoais estão atrelados ao cumprimento de metas, os administradores podem gerenciar os resultados para atingir esse fim, fazendo com que a empresa cresça além de seu tamanho ideal e mantenha recursos não utilizados, o que acarreta maior rigidez de custos (<i>sticky</i>). Portanto, é importante avaliar as condições que favorecem os custos de agência e a construção de impérios, bem como as formas de mitigá-los. A literatura aponta alguns fatores limitantes desse processo como: auditoria, boa governança corporativa, independência do conselho e pulverização de capital, onde os sistemas de controle são mais rígidos, a fim de preservar os interesses de ambas as partes. Já a concentração de capital, a grande participação de administração nas ações, o tempo de mandato e a remuneração com base no lucro, aumentam os problemas de agência e, conseqüentemente, a rigidez de custos.	Nível de concentração de ações (capital). <i>Dummy</i> com peso 1 se a proporção entre o número de ações detidas pela administração e o número total de ações for maior que a mediana e 0 caso contrário.	Li (2013); Richartz e Borgert (2021). Yang <i>et al.</i> (2020).
			Número de ações detidas por investidores institucionais ÷ total de ações.	Chen <i>et al.</i> (2012).
			Tempo do mandato do CEO (em anos).	Chen <i>et al.</i> (2012).
			<i>Dummy</i> com peso 1 para o ano de mudança de CEO ou o ano imediatamente anterior à mudança e 0 para os demais.	Chen <i>et al.</i> (2012).
			Remuneração do CEO (salário + bônus).	Chen <i>et al.</i> (2012).
			Remuneração do conselho de administração.	Ali, Shafiq, Gillani e Anwar (2021).
			<i>Dummy</i> com peso 1 se os gerentes recebem percentual sobre o lucro e zero caso contrário.	Xu e Sim (2017); Yang (2018); Krisnadewi e Soewarno (2021).
			<i>Dummy</i> com peso 1 se o lucro líquido for positivo e zero caso contrário.	Xu e Sim (2017); Yang (2018); Krisnadewi e Soewarno (2021).
			Número de diretores no conselho.	Chen <i>et al.</i> (2012).
			Número de comitês no conselho.	Ali <i>et al.</i> (2021).
			Número médio de membros no comitê.	Ali <i>et al.</i> (2021).
			<i>Dummy</i> com peso 1 se pelo menos um membro é comum no comitê de remuneração e auditoria e 0 caso contrário	Ali <i>et al.</i> (2021).
			<i>Dummy</i> com peso 1 se o CEO e o presidente do conselho não forem a mesma pessoa e 0 no caso contrário.	Chen <i>et al.</i> (2012).
			Porcentagem de conselheiros independentes.	Chen <i>et al.</i> (2012).
Número de auditores.	Nagasawa e Nagasawa (2021).			
<i>Dummy</i> com peso 1 se o número de auditores no comitê de auditoria é acrescido acima dos padrões legais e 0 caso contrário.	Nagasawa e Nagasawa (2021).			

20 Regulamentação de mercado / preço.	Empresas reguladas possuem menor assimetria, pois, quando os preços são impostos (por agências reguladoras), os gestores precisam contar com uma estrutura de custos flexível, a fim de se adequar aos valores fixados. Assim, a regulação do mercado afeta a estrutura produtiva das empresas e, conseqüentemente, a assimetria dos custos. Como exemplo de empresas que atuam em ambientes com forte regulação no Brasil, Avelar <i>et al.</i> (2021) citam as operadoras de planos de saúde, reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	<i>Dummy</i> com peso 1 para empresas reguladas e 0 para empresas não reguladas. <i>Dummy</i> com peso 1 para os anos posteriores à mudança de regime para reembolso de taxa fixa (regulação de preços dos mercados de saúde) e 0 para os anos anteriores.	Richartz e Borgert (2021). Holzhacker <i>et al.</i> (2015a).
21 Tamanho	Quanto maior o porte da empresa, menor a flexibilidade dos recursos disponíveis. Ou seja, grandes empresas possuem estrutura de custos mais rígida (fixa) que, por sua vez, tendem a gerar maior assimetria dos custos.	Ativo total. Faturamento total. Número de leitos hospitalares. População. Território (em m ²). <i>Dummy</i> para diferentes níveis segregados pelo quartil do número de atendimentos da clínica por mês (1 a 4).	Argilés-Bosch e Blandón (2011); Argilés-Bosch <i>et al.</i> (2017); Agarwal <i>et al.</i> (2021); Richartz e Borgert (2021). Richartz e Borgert (2021). Holzhacker <i>et al.</i> (2015a). Cohen <i>et al.</i> (2017). Cohen <i>et al.</i> (2017). Balakrishnan <i>et al.</i> (2004).

Fonte: Elaborado pela autora.

Notas: ¹ Xu e Sim (2017) afirmam que o impacto da taxa de crescimento do PIB nos *costs stickiness* é diferente entre setores e regiões, por isso sugerem interações dessas variáveis. Já Banker, Byzalov e Plehn-Dujowich (2011) e Costa *et al.* (2021) aplicaram o crescimento do PIB como resposta para o otimismo e pessimismo dos gerentes.

² Richartz e Borgert (2021) consideram “capacidade ociosa” juntamente com magnitude das variações. Apesar da associação entre essas variáveis, a lógica de análise apresentada por Balakrishnan *et al.* (2004) é mais abrangente e, portanto, opta-se por mantê-la como um fator isolado.

³ Alguns autores, como por exemplo, Reis e Borgert (2019), usam o termo “decisão deliberada dos gestores” de forma mais abrangente, para se referir a todas as variáveis que representam o aspecto pessoal ou econômico do decisor e que impactam os *costs stickiness*.

⁴ Para Argilés-Bosch *et al.* (2017) uma das motivações para o foco na lucratividade é o interesse próprio do gestor, o que se associa aos custos de agência. Porém, como este pode derivar, também, de políticas e metas empresariais, com um conceito mais amplo, opta-se por tratar este como um fator separado.

⁵ Chen *et al.* (2012), Abu-Serdaneh (2014), Yang *et al.* (2020), Agarwal *et al.* (2021) e Nagasawa e Nagasawa (2021) consideram o “fluxo de caixa disponível” como uma forma de mensurar problemas de agência/construção de impérios. Contudo, para Richartz e Borgert (2021) a decisão de manter ou não recursos quando se tem fluxo de caixa disponível, não se limita, apenas, a motivações relativas ao custo de agência. Portanto, considera-se este como um fator isolado.

⁶ Subramaniam e Watson (2016) e Richartz e Borgert (2021) consideram “Intensidade de Imobilizado” (Ativo fixo) como “Intensidade de Ativos”. Contudo, dada a verificação de outras segregações (como, por exemplo, intensidade de estoques), optou-se por manter um fator genérico (ativo total) e outros segregados.

⁷ Jalilian e Elyssai (2014) e Hosomi e Nagasawa (2018a) utilizam o termo “intensidade de ativos fixos”, o qual é equivalente ao imobilizado.

⁸ Richartz e Borgert (2021) consideram intensidade de ativos e passivos como um único fator, mas dividem em duas hipóteses. Portanto, opta-se por tratá-los separadamente.

A Tabela 7 apresenta diferentes fatores explicativos dos *costs stickiness*, com a indicação dos estudos que os analisaram de forma empírica. Alguns possuem nomenclaturas distintas, mas visam representar o mesmo fator de impacto no comportamento assimétrico dos custos e, portanto, padronizou-se as terminologias e apontou-se as diferenças mais expressivas. Outros variam no que diz respeito às *proxies* de mensuração, ou seja, como esse fator é utilizado em cada contexto para representar cada determinante. Cabe destacar que, tanto os fatores quanto a forma com que são mensurados, dependem da realidade e das características do objeto de análise. Esse fato é ressaltado por Argilés-Bosch e Blandón (2011), que utilizam variáveis próprias da atividade para analisar a flexibilidade e a assimetria dos custos em 170 fazendas catalãs. Os autores citam fatores como: extensão da propriedade (para medir tamanho), *dummy* de cultura permanente ou extensiva; *dummy* para cada tipo de atividade desenvolvida (produção granívora ou laticínios e matéria seca); e *dummy* para tipo do terreno (montanhoso, zona menos favorecida ou normal).

Porporato e Werbin (2010), também, ressaltam a importância de trazer pormenorizações do setor para a análise dos *costs stickiness*. Os autores analisaram se os métodos e as variáveis propostas na literatura específica do tema são válidos para a realidade do setor financeiro, comumente desconsiderado pelos demais estudos. Os testes confirmam a teoria proposta por Anderson *et al.* (2003), porém muitas das discussões sobre as motivações e causas desse comportamento são específicos da atividade.

Subramaniam e Watson (2016), ao analisar 9.000 empresas, segregando-as em setores industrial, *merchandising*, serviço e financeiro, constataram que o comportamento assimétrico de custos é específico do setor, tanto na magnitude das mudanças, quanto nos fatores que o impulsionam. Diante disso, os autores enfatizam a importância de pesquisas que explorem características próprias dos setores, a fim de compreender como essas afetam os custos.

Na busca por maior profundidade e especificação, Balakrishnan e Gruca (2008) discutem as diferenças no comportamento dos custos intraorganizacionais. Os autores examinaram os dados de custo, em nível de departamento, de 189 hospitais de Ontário, Canadá, e verificaram que os administradores relutam em reduzir custos nas atividades essenciais, relacionadas ao atendimento direto ao paciente, devido à natureza crítica desses serviços para a missão da organização e aos maiores custos de ajustamento associados à alteração da capacidade. Em contrapartida, é mais fácil e menos dispendioso ajustar os níveis de capacidade em serviços de suporte. Os autores também argumentam que os *costs stickiness* estão correlacionados com o processo orçamentário do hospital. Apesar de não testar essa variável diretamente, justificam a ausência de ajuste nos custos para baixo, pelo fato de que os

orçamentos governamentais são caracterizados pelo sistema de uso ou perda do recurso. Além disso, para Balakrishnan e Gruca (2008), o uso de recursos nesses ambientes requer aprovação do governo, como parte do processo orçamentário, o que gera atraso/barreiras para ajustes.

Ainda quanto ao setor da saúde, Holzacker *et al.* (2015a) analisam a influência da regulação de preço fixo na elasticidade e na assimetria dos custos em hospitais alemães nos anos de 1993 a 2008. Os autores alegam, com base em seus achados, que a assimetria dos custos é menor em empresas cujos preços são regulados. Isso porque, quando não possuem poder de precificação e estão sujeitas aos fatores externos que os determinam, precisam contar com uma estrutura de custos mais elástica/variável para se ajustar rapidamente às possíveis variações nos preços. Para Holzacker *et al.* (2015a), a força da resposta à regulação é mais forte em hospitais com fins lucrativos, que têm maior flexibilidade para realizar ajustes em suas estruturas de custos, se comparados a hospitais sem fins lucrativos ou governamentais.

Kallapur e Eldenburg (2005) e Holzacker *et al.* (2015b), que, também, analisam atividades do setor da saúde, não tratam dos *costs stickiness* como objetivo central, mas revelam que as empresas adaptam a elasticidade de suas estruturas de custo diante de diversos fatores de risco. Isso porque, estruturas de custo mais elásticas permitem ajustes de custo mais ágeis em resposta à queda da demanda, o que afeta a assimetria (Holzacker *et al.*, 2015a). Kallapur e Eldenburg (2005) encontraram evidências empíricas de que os hospitais no estado de Washington respondem a um aumento na incerteza do lucro, decorrente de mudanças regulatórias, aumentando a elasticidade de custo. Da mesma forma, Holzacker *et al.* (2015b), ao analisar hospitais da Califórnia nos anos de 2002 a 2012, constatam que, em resposta à incerteza da demanda e ao risco financeiro, os hospitais alteram as opções de aquisição de recurso, a fim de aumentar a elasticidade e reduzir os *sticky costs*, o que se dá por meio de três opções: terceirização, *leasing* de equipamentos e contratação temporária de mão de obra.

Além disso, a função social exercida pelos mercados de saúde faz com que muitos recursos sejam mantidos como forma de garantia ao atendimento da população. Nesse sentido, segundo Guenther *et al.* (2013) os *costs stickiness*, também, podem resultar da responsabilidade e consciência social da instituição ou de seus gestores, pois ações economicamente favoráveis podem não ocorrer ou serem postergadas, por haver a priorização de ações sociais.

Em resumo, dentre os fatores característicos dos mercados de saúde e do contexto público que podem fazer com que os padrões de comportamento dos custos sejam distintos, cita-se: (i) a pluralidade e a natureza crítica dos serviços (Zwanziger & Melnick, 1988; Noreen & Soderstrom, 1994; Kallapur & Eldenburg, 2005; Balakrishnan & Gruca, 2008;

Holzacker *et al.*, 2015b); (ii) o nível de tecnologia empregado (Argilés-Bosch & Blandón, 2011; Abu-Serdaneh, 2014); (iii) os sistemas e a qualidade da informação (Agarwal *et al.*, 2021; Kim *et al.*, 2022); (iv) a inflexibilidade dos sistemas orçamentários (Balakrishnan & Gruca, 2008; Holzacker *et al.*, 2015a); (v) as diferentes formas de aquisição de recursos, como terceirização, *leasing* de equipamentos e contratação temporária de mão de obra (Holzacker *et al.*, 2015b); (vi) o nível de especialização de pessoal (Kallapur & Eldenburg, 2005); (vii) a origem política dos administradores (Nagasawa & Nagasawa, 2021); e (viii) as influências sociais (Hammer, 2007; Borgert *et al.*, 2011).

Assim, pode haver fatores explicativos dos *costs stickiness* específicos desse setor, bem como pode haver outras formas de mensurar fatores já conhecidos e testados, como, por exemplo, para estrutura de custos, que é definida na literatura específica do tema por agrupamentos setoriais, mas que, por se tratar da análise de um único setor, pode ser adaptada para medidas que melhor representem a parcela de custo (fixa e variável), ou ainda, a regulamentação do mercado, a fim de que possa representar de forma mais realista a influência de políticas públicas na área da saúde, inclusive as políticas de precificação (Holzacker *et al.*, 2015a). Além disso, mais do que fatores explicativos e *proxies* de mensuração, as explicações e argumentos por trás desses impactos também podem variar. Como exemplo, cita-se questões orçamentárias, típicas de cada país, como o efeito “gasta ou perde”, presente na realidade brasileira, que pode levar a um aumento/manutenção de gastos governamentais, visto que, para esgotar o orçamento e não perder o recurso recebido de outras fontes/esferas, os gestores tendem a estocar insumos e manter mão de obra (Balakrishnan, Soderstrom, & West, 2007; Wu *et al.*, 2019).

3.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para alcançar o objetivo proposto seguem-se três etapas principais, que envolvem técnicas específicas. A variabilidade de técnicas é sugerida por Yin (2001), pois, segundo o autor, o uso de métodos combinados, com diversas fontes de dados (documentos, dados numéricos e instrumento de pesquisa), possibilita que o pesquisador identifique variações dos aspectos históricos e característicos do fenômeno investigado. Assim, permite-se assegurar maior validade e confiabilidade da informação e, conseqüentemente, da pesquisa (Yin, 2001). A Figura 10 apresenta a descrição geral dessas etapas.



Figura 10. Procedimentos metodológicos do Estudo 2

Fonte: Elaborado pela autora.

A Etapa 1 diz respeito à comprovação do fenômeno (comportamento *costs stickiness*) e, conseqüentemente, à definição do objeto de análise. Para tanto, toma-se por base os resultados do Estudo 1, a fim de identificar e selecionar o tipo de unidade com maior assimetria de custos dentre: Unidades Básicas de Saúde (UBS); Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS); Policlínicas; Unidades de Vigilância; Unidades de Pronto Atendimento (UPA); e Farmácia Escola. A delimitação por um único tipo de unidade de saúde decorre da busca por maior especificidade e profundidade, com metodologias empregadas junto aos gestores e conhecimentos relativos às rotinas das instituições, conforme sugerido por Anderson e Lanen (2009), a fim de compreender os eventos e fatores relevantes que possam ter ocasionado tal comportamento.

Salienta-se que o Estudo 1 adapta o modelo econométrico sintetizado por Anderson *et al.* (2003), ao utilizar os custos operacionais e propor uma forma alternativa para mensurar o volume de atividade, que representasse as particularidades do setor. Portanto, pondera-se os quantitativos de atendimento, ou seja, os diferentes tipos de procedimentos realizados, por um peso relativo ao seu esforço de execução. Ao considerar essas características, verificou-se que as 48 UBS, que representam a totalidade das unidades de atenção primária e 76,19% do total de unidades analisadas, possuem maior assimetria se comparadas às unidades especializadas (CAPS, Policlínicas e UPA), visto que ambas têm comportamento anti-*sticky costs*, porém o nível de assimetria das UBS é 5,63 pontos percentuais maior (7,45 p.p., enquanto a atenção especializada tem nível de assimetria de 1,82 p.p., conforme demonstrado na Tabela 5). Além disso, a análise individual (por unidade) indica comportamentos variados entre as UBS

(*sticky*, *anti-sticky* e *reverse costs*), para os quais, também, tem-se os maiores níveis de assimetria (Tabela 6).

Portanto, para este estudo, selecionam-se as 48 UBS vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis. Apesar de haver um total de 49 unidades, a UBS Canto da Lagoa não dispunha de informações completas nos três anos analisados (2016, 2017 e 2018) e, portanto, foi retirada da amostra. Essa delimitação temporal é utilizada para identificação do fenômeno (Estudo 1) e, conseqüentemente, mantida neste estudo, para análise de seus fatores explicativos, ao passo que, em 2019, houve mudanças substanciais em termos de registro e controle, que afetaram a completude da base de dados e inibiram a comparabilidade.

Uma vez definido o objeto de análise, parte-se para a Etapa 2 que busca identificar possíveis fatores explicativos do comportamento *costs stickiness* e suas *proxies* de mensuração, a partir da análise de fatores já elencados em estudos relativos ao tema. Para isso, realiza-se uma busca na literatura específica dos *costs stickiness*, mesmo que em outros setores e em empresas privadas, para identificar fatores que possam ser transpostos para as atividades de saúde e para o contexto público. Também, analisam-se fatores próprios desse setor, em estudos que tratam da análise de custos nos mercados de saúde (por exemplo, Zwanziger & Melnick, 1988; Noreen & Soderstrom, 1994, 1997; Kallapur & Eldenburg, 2005; Balakrishnan & Gruca, 2008; Borgert *et al.*, 2011; Holzacker *et al.*, 2015a, 2015b), mesmo sem abordar, especificadamente, os *costs stickiness*, a fim de identificar características próprias da área que possam influenciar o comportamento assimétricos dos custos.

A Figura 11 apresenta um resumo dos possíveis fatores explicativos identificados, que contempla, além dos 21 listados na Tabela 7, outros critérios que, mesmo ainda não testados, podem ter reflexos na assimetria dos custos.



Figura 11. Fatores explicativos do comportamento *costs stickiness* identificados na literatura

Fonte: Elaborado pela autora.

Com a listagem das possibilidades existentes, parte-se para a análise dos fatores explicativos e das formas de mensuração mais adequadas à realidade das UBS (Etapa 3). Para tanto, realiza-se entrevistas com roteiros semiestruturados e análises documentais, a fim de detalhar as rotinas e as características dessas unidades, além de captar a percepção dos gestores sobre os fatores que afetam o comportamento dos custos. A utilização conjunta dessas técnicas visa dar maior completude para a pesquisa, pois, segundo Bauer e Gaskell (2008), a pluralidade de métodos é necessária em estudos com viés qualitativo, uma vez que permite o alcance e a compreensão dos acontecimentos sociais.

A análise documental é utilizada, num primeiro momento, para caracterizar as UBS, apurar o organograma (Apêndice D) e identificar os responsáveis setoriais e seu perfil. No entanto, essa técnica auxilia todo o processo de investigação, servindo como base para

particularização de cada fator explicativo após a sua identificação, bem como para coleta de dados relativos a essas variáveis. São utilizados documentos disponíveis no *site* oficial da Secretaria Municipal de Saúde (2022a) e outras fontes digitais (*online*), dentre os quais pode-se citar: manual da SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde) aplicado a todos os municípios do território nacional, que contempla orientações quanto à padronização dos processos; manual de registros e tabela de procedimentos por profissional; Plano Municipal de Saúde; planejamento dos centros de saúde; Relatório Anual de Gestão; Programação Anual de Saúde (PAS); indicadores de saúde relativos à vacinação, aos grupos de risco, ao Pacto Interfederativo e ao programa Previnir Brasil; dados de produção, de financiamento, de composição de equipes e da população adscrita; Política Municipal de Atenção Primária à Saúde e outras normativas e legislações; e relatório resumido da execução orçamentária (RREO), balanços patrimoniais e fluxo de caixa do município. Os documentos e informações se referem ao período equivalente à análise, ou seja, 2016, 2017 e 2018.

Já as entrevistas servem para validar e identificar fatores explicativos, a partir do relato de gestores especialistas em relação aos fatos, acontecimentos e características que possam ter ocasionado o comportamento *costs stickiness*. De acordo com Dalla Via e Perego (2013, p. 25), estudos de campo baseados em entrevistas junto aos gestores permitem “abrir a caixa preta de um sistema de custos” na tentativa de entender melhor como as ações e atitudes gerenciais e a estrutura organizacional afetam o seu comportamento. Em consonância com a proposta do presente estudo, Dalla Via e Perego (2013), também, sugerem metodologias que busquem analisar se “a longa lista de determinantes examinados pela literatura aborda as causas subjacentes reais da assimetria de custos”.

As entrevistas ocorrem de forma não presencial, em ambiente virtual (*online*), através de plataformas de videoconferência, a fim de minimizar os riscos de contaminação pela COVID-19. São entrevistados dois gestores setoriais, estabelecidos com base no organograma (Apêndice D) e previamente aprovados pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS) da própria Secretaria Municipal. O primeiro – Entrevistado A – é o encarregado da Assessoria de Planejamento Estratégico, pertencente à Diretoria de Inteligência a Saúde, visto que é onde as informações de todas as unidades são monitoradas e analisadas. Já o segundo – Entrevistado B – refere-se ao gerente de Atenção Primária à Saúde, vinculado à Diretoria de Atenção à Saúde. Isso porque, no âmbito do SUS, as UBS são os “estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços de Atenção Básica”, ou seja, de atenção primária (Portaria n. 2.436, 2017, artigo 6). Portanto, este é o responsável direto pelas atividades desenvolvidas por essas unidades.

A seleção de participantes pertencentes a áreas diversas e com direcionamentos específicos, visa “maximizar as oportunidades de compreender as diferentes posições tomadas pelos membros do meio social” (Bauer & Gaskell, 2008, p. 68 e 69), o que torna seus conhecimentos complementares, pois o enfoque e nível de detalhamento são variados.

No momento da entrevista, antes de qualquer intervenção, são explicados os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem adotados, os riscos e benefícios ao entrevistado, e os demais aspectos éticos. Essas informações, bem com a autorização para gravação e transcrição das entrevistas, estão disponíveis no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constante no Apêndice E, o qual é previamente encaminhado por *e-mail*, junto com o *link* de acesso à sala virtual, para a sua anuência.

Na sequência inicia-se a entrevista, onde, uma vez demonstrado o comportamento de custos dessas unidades, indaga-se, de forma genérica e aberta, sobre o que os gestores consideram como eventos, fatores e/ou características mais significativas para explicar a variação dos custos frente à variação do volume de atividade. Assim, pretende-se captar sua perspectiva sem induzir suas respostas. A partir de seu retorno, a entrevista pode ser conduzida de diferentes maneiras, com maior ou menor intermediação do entrevistador. Para tanto, o mesmo tem em posse de um roteiro semiestruturado (Apêndice F), que é composto pela listagem dos possíveis fatores explicativos já identificados em outros estudos e de suas métricas, ou seja, formas com que são verificados/mensurados. Este instrumento é previamente validado por especialistas da área, com pré-teste junto a um professor de custos e um profissional gestor de saúde, indicado pela própria SMS.

Caso o entrevistado cite alguns dos tópicos já identificados na literatura (que compõe o roteiro), este é assinalado/marcado para posterior análise, bem como são anotados novos fatores/eventos que possam surgir, visto que essa análise pormenorizada permite identificar novos fatores relacionados às características próprias desse contexto. Em ambos os casos, além de discorrer sobre o que pode causar ou influenciar os *costs stickiness*, questiona-se sobre suas possíveis representações no contexto das UBS, ou seja, possíveis formas de mensurá-los. A forma e o conteúdo desse questionamento dependem do nível de detalhamento informado pelo respondente, podendo ser confirmatória, sobre algo que ele já tenha mencionado anteriormente, ou com perguntas genéricas, por exemplo: “uma vez que as condições econômicas do município, do Estado e do país podem influenciar no comportamento dos custos nas UBS, como esse ambiente pode ser avaliado? O que traz uma representação do ambiente econômico que você considere satisfatória?”. Caso algum dos

fatores listados no roteiro não seja citado pelo entrevistado, realiza-se a indagação por meio de interlocução indireta, a fim de não induzir suas respostas.

Assim como Bauer e Gaskell (2008), compreende-se o processo de entrevista como uma troca de informações com interação colaborativa e não em sentido unilateral (entrevistado para entrevistador). Assim, dada a troca de palavras, ideias e significados, as percepções de realidade são exploradas num processo de mútua formação de conhecimento.

Uma vez realizadas as entrevistas, parte-se para a análise de dados, que, segundo Yin (2001) compreende a tabulação, categorização, exame e outras formas de organização de dados para se obter conclusões. Para tanto, inicia-se pela transcrição das gravações. Em seguida, parte-se para a análise de conteúdo, onde verifica-se as informações latentes relativas ao tema, por meio de textos e ideias, de forma qualitativa, direcionando-se à identificação e categorização dos dados, assim como realizado por Souza (2019).

Para organização da análise qualitativa de conteúdo, Mayring (2014) sugere que os dados devem passar por três etapas: (i) resumo; (ii) explicação; e (iii) estruturação, a fim de reduzir sua complexidade, por meio da filtragem de informações para o processo de interpretação. O resumo consiste em reduzir o material de tal forma que permaneçam apenas os conteúdos essenciais, ou seja, cria-se, a partir de uma abstração, uma visão abrangente que reflita o conteúdo original. A explicação corresponde ao esclarecimento, por meio de materiais adicionais e análise do contexto, de alguns componentes individuais do texto, a fim de aumentar sua compreensão e interpretação. Já a estruturação, visa selecionar estruturas particulares do texto que permitam a análise do fenômeno, de acordo com categorias e critérios pré-definidos (Mayring, 2014). Diante do exposto, os textos transcritos são organizados e analisados em fragmentos, com respeito aos fatores explicativos listados na Figura 11. Cabe destacar que mesmo com essa sistematização, a busca de significados no texto requer do pesquisador uma relação subjetiva com o material analisado, o que é uma característica intrínseca a pesquisas qualitativas (Mayring, 2014).

Por fim, após apurados os fatores explicativos e identificadas formas de mensuração junto aos gestores, coleta-se alguns dados relativos a essas variáveis, por meio de análise documental, com verificação em *sites*, relatórios gerenciais, orçamentos e outros meios. Assim, pretende-se associar o relato dos gestores a fatos e características incorridas nesse período. Segundo Eisenhardt (1989) a triangulação com dados quantitativos em estudos de caso com natureza predominantemente qualitativa, mostra-se interessante, pois promove uma sustentação para a construção de suposições teóricas, além de aumentar a confiança nos resultados e gerar pontos de observação.

3.5 RESULTADOS

Conforme mencionado na metodologia deste estudo, a análise dos fatores explicativos direciona-se exclusivamente às UBS, dado o comportamento *costs stickiness* com maiores níveis de assimetria identificados no Estudo 1. Nesse sentido, verifica-se que entre 2016 e 2017, conjuntamente, essas unidades tiveram uma redução do volume de atividade de 2,52%, enquanto os custos reduziram 19,99%. Já entre 2017 e 2018 o volume aumentou 11,67% e os custos aumentaram 5,55%. A Tabela 8 apresenta os resultados do cálculo de assimetria, ao tomar por base o modelo econométrico proposto por Anderson *et al.* (2003), visto que no Estudo 1, por questão de comparabilidade, a análise principal considerou o cálculo manual, sem particularizar as variações entre indivíduos.

Tabela 8

Resultado dos *costs stickiness* nas UBS pelo modelo estatístico

Random effects:	Name	Variance	Std Dev.		
Id	(Intercept)	0,00000	0,00000		
Residual		0,00451	0,06719		
Fixed effects:	Estimate	Std. Error	t value	Pr (> t)	
(Intercept)	-0,03145	0,01076	-2,923	0,00436**	
log_var_iva (β_1)	0,45397	0,19272	2,356	0,02059*	
log_dumydimin (β_2)	0,70852	0,36666	1,932	0,05636'	

Fonte: Elaborado pela autora. Códigos de Significância: | 0 *** | 0,001** | 0,01* | 0,05' | 0,01'

Para alcançar estes resultados, utilizou-se os mesmos critérios da análise geral do Estudo 1: (i) logaritmo natural dos valores (*log*); (ii) regressão para dados em painel, com parâmetros estimados pelo método da máxima verossimilhança restrita, com o pacote *lme4* do *software* livre R® (R Core Team, 2021); e (iii) verificação e adequação aos pressupostos intrínsecos ao modelo, por meio de testes e análises gráficas (Apêndice G). Assim foi possível identificar os resultados representados na Figura 12.

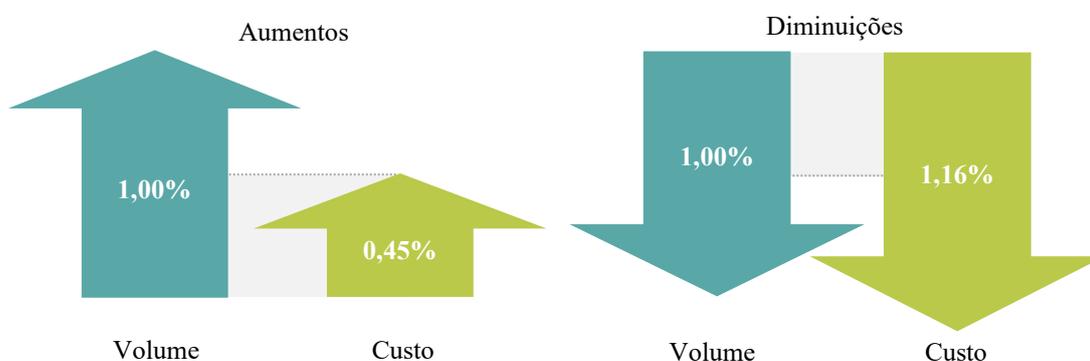


Figura 12. Resultado dos *costs stickiness* nas UBS

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com os resultados da Tabela 8 e da Figura 12, quando o volume de atividade aumenta 1%, os custos operacionais aumentam 0,45% (β_1). Mas, quando o volume reduz os mesmos 1%, os custos diminuem numa proporção maior: 1,16% ($\beta_1 = 0,45 + \beta_2 = 0,71$), o que caracteriza um comportamento anti-*sticky costs* (Weiss, 2010).

A partir desse resultado e ao considerar a listagem de possíveis fatores explicativos identificados na literatura (Figura 11), apresenta-se a seguir o debate sobre os reflexos de cada fator no comportamento *costs stickiness*, ao tomar por base o relato dos gestores e o confronto com informações documentais.

3.5.1 Ambiente macroeconômico

Segundo Paes-Sousa, Rasella e Carepa-Sousa (2018, p. 173) “o Brasil apresentou um quadro de recessão econômica nos anos de 2015 e 2016, produzindo recuperação tímida em 2017”. Para corroborar essa alegação e ao considerar que a literatura dos *costs stickiness* dá enfoque a análise do PIB como forma de representação do contexto socioeconômico (Tabela 7), os dados do IBGE (2022a) indicam que o PIB brasileiro, de fato, sofreu variações (em volume) negativas nesse período (-3,5% em 2015 e -3,3% em 2016). As variações (em volume) do PIB *per capita*, também, foram negativas, porém esse resultado iniciou-se em 2014 e estendeu-se até 2016 (-0,3%, -4,40% e -4,10%).

Ainda, verificou-se que, apesar da política fiscal brasileira basear-se no regime de metas de *superávit* primário, desde 2014 há *déficit* primário no país. Entre os anos 2016 e 2018 esse *déficit* sofreu reduções, apresentando os seguintes resultados: R\$-159.473,36 milhões em 2016, R\$-118.442,21 milhões em 2017 e R\$-116.167,36 milhões em 2018. Porém, em 2020, teve seu ápice, com um *déficit* de R\$-745.265,86 milhões, que coincide com o período crítico da pandemia da COVID-19 (Tesouro Nacional Transparente, 2022).

Reforçando um cenário econômico pouco favorável para o setor da saúde, em especial nos primeiros anos analisados, as variações acumuladas do IPCA nacional no subitem saúde e cuidados pessoais, o qual foi apontado pelo Entrevistado A como um fator explicativo relevante, pois representa a variação dos preços de insumos e serviços da área, foi de 11,04% em 2016, 6,52% em 2017 e 3,95% em 2018 (IBGE, 2022c). Portanto, dadas as variações positivas, verifica-se que houve inflação (aumento do preço médio) em todos os anos, sendo esta consideravelmente maior em 2016. Além disso, conforme sugerido por Rouxelin *et al.* (2018), verificou-se a taxa histórica de desemprego, cuja média trimestral em 2016 foi de

11,65%, passando para 12,85% em 2017 (aumento de 10,30% ou 1,2 pontos percentuais). Já em 2018, a taxa de desocupação caiu para 12,38% (IBGE, 2022e).

No município de Florianópolis, ratificou-se o cenário identificado em âmbito nacional, visto que, com as devidas atualizações monetárias, tanto o PIB quanto o PIB *per capita* (a preços correntes) tiveram reduções em 2015 e 2016, seguida de leves acréscimos em 2017 (1,73% e 0,05%, respectivamente) e acréscimos mais expressivos em 2018 (3,55% e 2,05%) (IBGE, 2022d). Já a taxa histórica de desemprego do município, apesar de consideravelmente menor do que a média nacional (6,48% em 2016, 7,68% em 2017 e 6,48% em 2018), variou mais entre os anos: 18,53% entre 2016 e 2017; e -15,64% entre 2017 e 2018 (IBGE, 2022e).

Dado esse cenário, verifica-se que o país vinha de um período recessivo (até 2016), que segundo Richartz e Borgert (2021), pode gerar expectativas negativas nos gestores que acabam por eliminar mais recursos frente a diminuições no volume de atividade, o que é compatível com o comportamento anti-*sticky costs* identificado. Porém, mais do que isso, na área pública deve-se ponderar algumas particularidades. Destaca-se que o orçamento público, dado pela Lei Orçamentária Anual (LOA), que estima receitas e fixa despesas para um exercício financeiro, deve ser elaborada até 31 de agosto do ano anterior (quatro meses antes do encerramento do exercício) (Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal, 1988, artigo 35, § 2º). Portanto, o orçamento de 2017, onde ocorreu forte redução dos gastos das UBS, foi elaborado em 2016, quando o país ainda apresentava um cenário econômico desfavorável. Além disso, deve-se ponderar que o estudo observa dados a níveis municipais (UBS vinculadas à SMS). Segundo Fabre (2021, p. 80), "os governos locais brasileiros se caracterizam por exercer, principalmente, funções alocativas" e o "poder central (federal) é o principal promotor das funções distributiva e estabilizadora". Portanto, apesar da influência da função estabilizadora, que pode elevar gastos mesmo diante de um cenário recessivo, a fim de fomentar a economia através do aumento da demanda efetiva, dado o direcionamento dos governos municipais, estes podem ter sido mais impactados por esse cenário, em especial pelo *déficit* primário, visto que as limitações nas arrecadações se refletem na disponibilização e alocação de recursos.

Por fim, cabe destacar que no Plano Municipal de Saúde de 2018-2021 e no Relatório Anual de Gestão de 2018 (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a), a SMS reconhece o momento de recessão vivenciado pelo país e seu impacto na saúde pública. Por isso, elenca algumas ações que, apesar de terem sido pensadas anteriormente, estão alinhadas com esse cenário. Dentre elas, o Relatório Anual de Gestão de 2018 destaca:

[...] guias de prática clínica, os quais garantirão maior resolutividade e agilidade nos atendimentos da atenção primária com maior efetividade; o processo de qualificação dos encaminhamentos à média complexidade, com análise dos mesmos e educação permanente aos profissionais envolvidos; e a criação de um sistema de custos em parceria com a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e o Grupo de Pesquisa de Gestão de Custos da Universidade Federal de Santa Catarina, o qual, através do evidenciamento e cruzamento de dados de custos com indicadores municipais (de estrutura, processo e resultado) têm permitido a melhor gestão dos serviços assistenciais e processos de apoio a estes. A Estruturação do Projeto de Atendimento Pré-Clinico, bem como do Projeto de Acesso Avançado na APS e o Projeto do Alvará *Online* são iniciativas inovadoras que tiveram seu início já em 2018 (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a, p. 100).

Cabe destacar que o fator econômico pode ter sido influenciado, em partes, pelo período de grande turbulência política que o país enfrentava, pois, em 2016, a então presidente da república, Dilma Rousseff, teve seu mandato cassado. “O *impeachment* a retirou da função, mas não lhe retirou o direito de elegibilidade” (Becker *et al.*, 2017, p. 2). Diante disso, a questão política, também, pode ser considerada um fator explicativo relevante para os *costs stickiness*, seja direta ou indiretamente.

3.5.2 Ano eleitoral e Origem política

Assim como na Grécia (Cohen *et al.*, 2017), os municípios brasileiros são governados por indivíduos eleitos, apoiados por partidos políticos, que se tornam autoridades legitimamente constituídas para representar a sociedade. O poder político está disperso entre partidos eleitos e coligados, o que resulta em um clima político competitivo, onde suas preferências e interesses ideológicos e partidários podem afetar boa parte das decisões financeiras (Cohen *et al.*, 2017).

Para Cohen *et al.* (2017) em períodos pré-eleitorais, os políticos são motivados a investir mais recursos, a fim de demonstrar resultados visíveis no curto prazo e maior preocupação com o desenvolvimento do município, ainda mais quando se trata de áreas críticas como a saúde. Isso porque, esperam afetar as escolhas eleitorais de acordo com seus interesses de reeleição e de carreira. Conseqüentemente, mesmo frente a reduções no volume de atividade, os recursos podem ser mantidos ou até mesmo acrescidos, o que seria compatível com um comportamento *sticky costs*. Outrossim, Nagasawa e Nagasawa (2021), também, alegam que a variável eleitoral aumenta a rigidez dos custos devido à incerteza política.

Contrariando essa prerrogativa, apesar de Cohen *et al.* (2017) identificarem que os recursos diminuem menos em períodos pré-eleitorais, se comparado aos demais períodos, em

sua análise não há evidências suficientes de que os municípios gastem mais antes das eleições. Os autores justificam esse comportamento, pelo fato de os gestores não quererem permitir que seus oponentes façam campanhas políticas contrárias, argumentando, por exemplo, que houve aumento de gastos para a reeleição. Além disso, no Brasil há restrições impostas pela Lei n. 9.504 (1997) e pela Lei de Responsabilidade Fiscal, no que tange o aumento de gastos com pessoal em períodos que antecedem o final do mandato (Lei Complementar n. 101, 2000). Um dos relatos do Entrevistado A corrobora essa afirmação. Segundo ele, no último ano de gestão há uma dicotomia em “querer fazer o máximo que pode, mas sem se comprometer, por conta da Lei de Responsabilidade [...] em especial pela necessidade de equilíbrio das contas públicas [...] o que não ocorre apenas no âmbito municipal, mas, também, nas outras esferas”.

Nesse sentido, segundo dados do Tribunal Superior Eleitoral (2022), em 2016, houve eleições municipais no Brasil, onde foram eleitos prefeitos, vice-prefeitos e vereadores. Já em 2018, houve a eleição geral, onde elegeu-se o presidente, vice-presidente, governadores, deputados estaduais e federais e senadores. Assim, dado que as UBS apresentaram redução de gastos entre 2016 e 2017, e elevação entre 2017 e 2018, há uma compatibilidade de maiores custos em anos em que ocorreram eleições.

Mais do que o período eleitoral em si, os resultados desse processo, ou seja, os administradores eleitos e suas origens políticas, também, podem impactar o comportamento dos custos, visto que provocam alterações nas escolhas e na forma de gerir e de traçar estratégias. Essas mudanças se refletem, inclusive, nos cargos comissionados e/ou gestores indicados, que, também, podem trazer reflexos à tomada de decisão e, conseqüentemente, aos gastos públicos. Segundo Fabre (2021), a relação entre os eleitores e o eleito pode definir os rumos das políticas públicas. Portanto, torna-se relevante avaliar esse critério.

Ainda de acordo com os dados do Tribunal Superior Eleitoral (2022), no poder executivo, em todos os processos eleitorais (união, estado e município) houve mudanças, não apenas do representante, mas, também, do partido político de origem. Em Florianópolis, o gestor (prefeito) anterior era Cesar Souza Junior, do Partido Social Democrático (PSD), com o vice-prefeito João Amim do Partido Progressista (PP). Em 2016 foi eleito Gean Loureiro, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), com o vice-prefeito João Batista Nunes, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Em Santa Catarina, o gestor anterior era João Raimundo Colombo, do PSD e o vice-governador era Eduardo Pinho Moreira, do PMDB. Em 2018 foi eleito Carlos Moisés da Silva, do Partido Social Liberal (PSL), com a vice-governadora Daniela Cristina Reinehr, também do PSL. Já no âmbito federal, a gestão anterior era de Dilma Vana Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT), que

após o processo de *impeachment* foi substituída pelo vice-presidente Michel Miguel Elias Temer Lulia, do PMDB. Já em 2018 foi eleito Jair Messias Bolsonaro do PSL, com o vice-presidente Antônio Hamilton Martins Mourão do Partido Renovador Trabalhista Brasileiro (PRTB).

Portanto, a mudança de interesses e de ideologias pode se refletir na forma e na intensidade de ajuste de recursos frente às variações no volume de atividade (Cohen *et al.*, 2017). Como exemplo, cita-se o relato do Entrevistado A, de que, no primeiro ano de gestão em Florianópolis, ou seja, em 2017, “houve uma redução importante de recursos para a saúde, por conta de uma escolha da gestão, que foi sendo retomada gradualmente nos anos seguintes de governo [...] sob a justificativa do fechamento e equilíbrio das contas”. Ainda de acordo com o Entrevistado A, esse cenário pode ser visualizado pela redução, no global da secretaria, de gastos com folha de pagamento, o que foi confirmado pela análise da conta de Pessoal e Encargos Sociais, disponíveis nos Relatórios Anuais de Gestão, onde as despesas liquidadas passaram de R\$ 202.192.179,90 em 2016, para R\$ 200.776.972,57 em 2017 (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a).

3.5.3 Assimetria informacional e Sistemas de informação

Segundo Agarwal *et al.* (2021), condições adversas no ambiente informacional, tanto interno quanto externo, pioram os problemas de agência e dificultam a capacidade dos *stakeholders* de monitorar os gestores. Na gestão pública, a transparência, por meio da disponibilização de informações para qualquer cidadão sobre o que é arrecadado e gasto, é prevista pela Constituição da República Federativa do Brasil (1988), sendo reforçada pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n. 101, 2000). Posteriormente, a Lei Complementar n. 131 (2009), acrescentou alguns dispositivos, prevendo a obrigação de divulgação, em tempo real, de informações sobre a execução orçamentária e financeira, bem como de alguns requisitos e dados mínimos. Além disso, a Lei de Acesso à Informação (Lei n. 12.527, 2011), disciplinou o pedido de informações tanto no seu aspecto ativo quanto passivo, elevando o nível de transparência junto a atores externos.

Em Florianópolis, o Decreto n. 9.988 (2012) regulamentou a Lei de Acesso à Informação no âmbito municipal e instituiu o Portal da Transparência como obrigatório através da Lei Municipal n. 9.447 (2014).

Nesse sentido, o Ministério Público Federal (2022), através do Projeto do *Ranking* Nacional dos Portais da Transparência, realizou duas pesquisas que avalia e compara os níveis de informações divulgadas por diferentes Entes públicos. Na primeira avaliação, ocorrida em

2015, o município de Florianópolis tinha uma pontuação de 7,70 pontos, ao considerar os critérios e metodologias previstas pelo programa. Já na segunda avaliação, em 2016, alcançou a pontuação 10,00. Ou seja, em um curto espaço de tempo, houve uma evolução significativa, o que pode ter relação com os objetivos e metas traçados pelo município diante dessa questão.

No que tange especificadamente à SMS, observa-se em sua Programação Anual de 2016, a meta de “implantar mecanismos sistemáticos de transparência na captação dos recursos de cada setor da SMS”. Além disso, no Plano Municipal de Saúde relativo ao período de 2014-2017, cita-se a Lei Complementar n. 141 de 2012, alegando que esta tornou “mais transparente o emprego dos recursos e índices relativos, além de dar maior legalidade, transparência e impessoalidade nos trâmites das licitações”. Por fim, verifica-se que, tanto no Plano Municipal de Saúde 2018-2021, quanto no Relatório Anual de Gestão e na Programação Anual de Saúde de 2018, estabeleceu-se a meta de “desenvolver o Observatório em Saúde favorecendo a transparência, o compartilhamento e publicização das ações de educação em saúde” (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a). Assim, dada a maior transparência tanto de dados financeiros quanto de saúde, é possível que o ajuste de recursos frente a reduções do volume de atividade possa ter sido mais rápido ou intensivo, refletindo no comportamento anti-*sticky costs*, dado o interesse em demonstrar à sociedade maior eficiência e cumprimento aos dispositivos legais.

Para que seja possível apurar dados e transformá-los em informações úteis tanto para divulgação, quanto para o embasamento da gestão pública, são necessários sistemas e procedimento de controle. Isso porque, a apuração, integração e compartilhamento de informações, pode trazer reflexos na gestão dos serviços e dos recursos. De acordo com o Entrevistado B, o fluxograma da SMS se divide em gerências e departamentos, sendo que a comunicação interna, por vezes, torna-se uma dificuldade, o que acarreta alguns retrabalhos. Como exemplo ele cita a necessidade que o setor tem de informações de uma forma bastante rápida, visto que, “apesar de não estar na ponta, lida com profissionais que estão” (atendimento direto ao usuário). Contudo, muitas vezes, necessita-se de informações que não estão disponíveis no sistema, então, é preciso “acessar uma outra gerência, que estabelece um prazo para repassar aquele dado”, o qual não é o ideal para a tomada de decisão.

Corroborando com esse relato de incipiência na integração de sistemas e módulos de diferentes departamentos ou atividades, o Entrevistado A informou que a SMS conta com múltiplos sistemas de informação, alguns deles determinados por outros órgãos. Como exemplo cita aqueles cuja adoção é coordenada e imposta às demais secretarias do município pela secretaria de administração, ou ainda, “os sistemas de orçamento e contábil-financeiro,

que são determinados, escolhidos e selecionados pela Fazenda”. O problema, segundo o Entrevistado A, é que alguns deles “não permitem relatórios de séries históricas” ou não permitem “extrair dados em Excel, apenas relatórios em PDF”, o que demanda muitos retrabalhos, com controles realizados à parte e integrações manuais, utilizando o Excel ou o *software R*[®]. Outros, como “o sistema de registro eletrônico em saúde, que é o prontuário, e o sistema de dispensação de medicamentos”, têm informações mais oportunas, pois permitem o acesso ao banco de dados para extrair, gerar, condensar e analisar as informações.

Ao acessar o *site* da Secretaria Municipal de Saúde (2022a), no campo “Sistemas de Informação”, pode-se verificar uma listagem de 40 diferentes sistemas, direcionados ao controle e ao acesso de informações gerenciais e de saúde, o que corrobora com os relatos acima.

O Entrevistado B ainda destaca que há alguns apoiadores, que são profissionais dos Distritos, que atuam no compartilhamento de informações, além de alguns painéis criados nos últimos anos e outros que ainda estão em elaboração, que auxiliam a geração e a disseminação de dados. Porém, ainda não é o suficiente, o que faz com que o monitoramento e acompanhamento de muitos critérios sejam realizados por meio de planilhas próprias do setor, o que “afeta diretamente a tomada de decisão e o processo de trabalho”.

O fato de que estão sendo elaborados painéis de acompanhamento de dados é corroborado pela informação contida no Relatório Anual de Gestão de 2018:

Em 2018, a SMS construiu um painel de acompanhamento das equipes de saúde da atenção primária, contendo indicadores de processo além de indicadores financeiros. Para 2019, espera-se a implantação de uma nova plataforma de informações em saúde que torne possível o monitoramento pela gestão de indicadores por meio de um painel personalizado. Essa nova plataforma eletrônica facilitará, de forma inédita no município, alguns serviços como o processo de alvará sanitário e outros serviços remotos da vigilância sanitária e, também, propiciará integração completa entre as atividades das equipes de Saúde da Família, entre unidades de saúde e o serviço de regulação, entre equipes de saúde e equipe de controle de agravos, além de melhor a gestão de contratos com prestadores de serviços (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a).

Além disso, tanto nos Relatórios Anuais de Gestão, quanto nas Programações Anuais de Saúde (2016, 2017 e 2018) e nos Planos Municipais (2014-2017 e 2018-2021), constam diversas metas e objetivos direcionados à reestruturação, adequação e desenvolvimento de sistemas de informação, onde busca-se: sistematizar o acesso a toda a rede; melhorar as informações ligadas à assistência, à saúde e a questões patrimoniais e veiculares; implantar um novo sistema de prontuário eletrônico com aplicativos de celular para apoio matricial não presencial; desenvolver parcerias e compartilhamentos com outros sistemas, por exemplo, dos

Conselhos Tutelares; implantar um novo sistema de Vigilância Sanitária; monitorar e validar as ações por meio de sistema próprio, a fim de verificar seu êxito e as necessidades de mudança e reordenamento do Plano; entre outros (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a).

No que tange especificadamente os sistemas de custos, visto que para ajustar os recursos frente às variações do volume de atividade, uma das prerrogativas é conhecer esse dado, desde a Programação Anual de Saúde de 2016, há metas relativas ao desenvolvimento e à sistematização de informações de custos em saúde, sendo que no Plano de Saúde do quadriênio 2018-2021, esse movimento, iniciado em 2015, tornou-se mais efetivo, pois definiu-se como um dos objetivos “introduzir um sistema de análise de custos” (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a).

Segundo o Entrevistado A, a multiplicidade e a falta de integração de sistemas são fatores dificultadores no processo de apuração dos custos, o que influencia na “qualidade e na granularidade” da informação. Isso porque, ao “olhar no aspecto macro de uma unidade de saúde, da secretaria, o dado disponível é suficiente. Agora, se quiser fazer uma gestão local, saber exatamente a lotação de alguns recursos como, por exemplo, de RH” (recursos humanos) há ausência de alguns dados importantes. “[...] Então, há essa falta de interoperabilidade, de relatórios gerenciais oportunos, de sistemas mais modernos, principalmente, contábil-financeiro e RH”, que são importantes para qualificar a apuração de custos dentro da secretaria.

Apesar das deficiências relatadas, em especial, decorrentes dos múltiplos sistemas utilizados, os quais são pouco interligados, verifica-se diversas iniciativas para qualificar e dar tempestividade à informação, mesmo que isso demande controles separados. Portanto, isso pode ter contribuído para a diminuição da assimetria de custos (*sticky*), dado o embasamento à tomada de decisão com redução de incertezas (Kim *et al.*, 2022).

3.5.4 Atraso nos ajustes de custos

O completo ajuste dos recursos ao volume de atividade pode sofrer atrasos devido a inúmeros fatores, como estruturas produtivas difíceis de serem descontinuadas (compromissos contratuais), processos orçamentários e normativos, ou em função da decisão dos gestores frente a suas perspectivas futuras, incluindo a necessidade de se obter mais informações, conforme mencionado anteriormente (Anderson *et al.*, 2003; Balakrishnan & Gruca, 2008; Richartz & Borgert, 2021). Diante disso, a literatura sugere que o comportamento de custos seja avaliado em períodos consecutivos de queda do volume de atividade, visto que ao considerá-los de forma agregada, pode-se reduzir a assimetria.

Como nesse estudo não há períodos suficientes para a análise de defasagem temporal, o atraso no ajuste de custos é explorado de forma conjunta, como resultado de outros critérios, e não como um fator explicativo isolado. Contudo, considera-se importante a inclusão dessa variável em análises quantitativas, com modelos estatísticos e séries temporais mais extensas, assim como proposto por autores como Anderson *et al.* (2003), Calleja *et al.* (2006), Balakrishnan *et al.* (2014), Banker e Byzalov (2014) e Richartz e Borgert (2021), mesmo que as explicações e argumentos por trás de seus resultados assemelhem-se às discussões aqui apresentadas.

3.5.5 Desempenho financeiro

Diferente do setor privado, que busca potencializar o uso de recursos com o objetivo principal de maximizar lucros, na contabilidade pública deve-se ter orçamentos com resultados equilibrados (Fabre, 2021). Essa distinção, inclusive, é citada por muitos autores como um dos principais motivos para a incipiência de estudos sobre os *costs stickiness* em ambientes governamentais (Cohen *et al.*, 2017; Hosomi & Nagasawa, 2018b; Nagasawa & Nagasawa, 2021). Diante disso, a literatura que avalia esse fator diferencia-se consideravelmente do contexto examinado.

Destaca-se que na saúde pública há uma dicotomia entre alocar recursos limitados para o atendimento de necessidades crescentes. Isso porque, no Brasil, o gasto público é condicionado aos limites de previsão da receita (Secretaria do Tesouro Nacional, 2019), pois a normatização jurídica estabelece a obrigatoriedade do equilíbrio nos planos orçamentários e em sua execução (Fabre, 2021), cujo descumprimento pode acarretar penalidades, como as previstas na Lei Complementar n. 101 (2000) – Lei de Responsabilidade Fiscal²¹. Todavia, segundo Kumala, Ojala, Ahoniemi e Uusi-Rauva (2016), balanços públicos com *déficits* ou *superávits*, expõe a fragilidade no que tange esse princípio, o que acaba influenciando o desempenho financeiro das instituições.

Sob essa perspectiva e ao considerar que, segundo Cohen *et al.* (2017), quanto mais os municípios estiverem expostos a dívidas ou restrições financeiras, mais eles tendem a ajustar os custos, verifica-se que Florianópolis apresentou *déficit* orçamentário de R\$ 95.049.429,46 em 2015 e de R\$ 107.530.271,93 em 2016 (SICONFI, 2022). Esses resultados podem ter influenciado o ajuste de recursos em múltiplas áreas, incluindo a saúde, visto que, conforme já

²¹ As influências orçamentárias e normativas são tratadas com maior detalhe em tópicos específicos, na sequência das análises.

mencionado e reforçado pelo Entrevistado A, em 2017, houve uma redução expressiva nos custos da SMS, o que se refletiu nos custos das UBS. Assim, nos anos seguintes o município voltou a apresentar *superávit* orçamentário: R\$ 5.120.264,74 em 2017 e R\$ 31.428.594,02 em 2018.

3.5.6 Decisão deliberada dos gestores

Segundo Richartz e Borgert (2021, p. 14), “são muitas as explicações do porquê de a assimetria ser resultante das decisões dos gestores”. As mais recorrentes se baseiam em seu otimismo ou pessimismo e, conseqüentemente, na expectativa de vendas futuras. Na área pública, as perspectivas dos gestores, sejam elas positivas ou negativas, podem ser influenciadas por critérios políticos, como o tempo de mandato e os interesses de reeleição, econômicos, orçamentários e sociais, conforme argumentos apresentados ao longo das discussões dos demais fatores explicativos. Assim, quando os gestores estão otimistas tendem a manter os recursos ou até mesmo criar novos investimentos, mas quando estão pessimistas são propensos a cortar gastos mais rapidamente, o que contribui a assimetria na relação entre custos e volume de atividade (Banker & Byzalov, 2014; Richartz & Borgert, 2021).

Para mensurar e analisar as expectativas dos gestores, a literatura específica dos *costs stickiness* dá enfoque à variação da receita por períodos consecutivos. Nesse caso, conforme já mencionado quando da avaliação do desempenho financeiro, no setor público há algumas particularidades. Contudo, verifica-se que o comportamento anti-*sticky costs*, caracterizado pela redução maior dos custos frente a quedas do volume de atividade do que aumento dos custos para elevações do volume, pode ter sido influenciado por períodos consecutivos de *déficits* orçamentários (2015 e 2016) no município (SICONFI, 2022), que contribuiu para a decisão de ajuste de recursos, a fim de alcançar resultados positivos (*superávits*) nos anos subsequentes. Assim, verifica-se que a receita realizada (após correção dos valores pelo IPCA) diminuiu 3,35% entre 2016 e 2017 e elevou-se 8,84% entre 2017 e 2018. Já as despesas liquidadas, apesar de, também, terem diminuído entre 2016 e 2017, tiveram variação superior à receita (-4,12%), enquanto que a elevação ocorrida entre 2017 e 2018 foi inferior (6,70%). Cabe destacar que, apesar destes serem resultados a níveis municipais, em termos orçamentários, tem-se um montante finito de recursos a serem alocados para diferentes áreas. Assim, as variações nas receitas totais trazem reflexos individuais, em cada pasta/área de atuação, visto que há diminuição dos recursos disponíveis para aplicação.

Ainda em termos orçamentários, assim como sugerido por Bradbury e Scott (2018), verifica-se que há variações consideráveis entre as receitas previstas e realizadas. De cordo

com dados do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO), divulgados no SICONFI (2022), em 2015, ano que antecede a análise dos *costs stickiness*, da previsão atualizada da receita do município, apenas 61,6% concretizou-se (transformou-se em receita realizada). Em 2016 esse percentual foi 60,6%, em 2017 de 71,7% e em 2018 de 76,2%. Portanto, apesar de ter tido uma evolução, a recorrência dessas diferenças, pode ter contribuído para a redução de custos, motivada tanto por questões operacionais, dadas as imposições normativas e orçamentárias²², quanto diante de expectativas pessimistas dos gestores.

Numa visão míope, diante de um projeto de lei orçamentária otimista, que prevê uma arrecadação abastada, o gestor cria expectativas positivas, que é reforçada por esse comportamento permissivo. Assim, para não “perder” o recurso (efeito gasta ou perde), acaba criando gastos continuados, que infla e reduz a flexibilidade dos custos. Contudo, quando há contingências recorrentes, que fazem com que essas receitas não se concretizem, a própria previsão futura tende a ser mais comedida, o que se requerer adaptações, também, nos gastos, dada a necessidade de equilíbrio orçamentário.

Quanto as formas de se avaliar as expectativas futuras dos gestores, Krisnadewi e Soewarno (2021), sugerem a aplicação do questionário *Life Orientation Test Revision* (LOT-R), que permite a avaliação do otimismo disposicional como característica estável²³. Contudo, entende-se que essa avaliação é mais direcionada para contextos onde há maior concentração do poder decisório, que não é a realidade das UBS e da saúde pública como um todo.

Por fim, o Entrevistado B, relatou que o processo decisório de ajuste e alocação de recursos, também, é influenciado por indicadores sociais e de mercado e pela assimetria informacional, visto que a tempestividade e a precisão de estimativas, condiciona o tempo de resposta no ajuste de custos. Como exemplo, cita as estratégias adotadas por sua diretoria frente às limitações de insumos:

[...] atualmente nós estamos com problema de falta de matéria-prima para embalagem do soro fisiológico de ordem mundial. Isso tem resultado na diminuição do soro para os centros de saúde. Então, optamos por restringir o seu uso para algumas situações específicas. Essa orientação é formalizada e repassada às unidades até que se reestabeleça a disponibilidade do insumo. Porém, há morosidade nesse processo, pois faltam informações sobre previsão de chegada, estoque de cada centro de saúde ou estimativa de quando vamos sair dessa recessão.

²² A receita é uma função da demanda, mas, também da indução fiscal.

²³ Para mais informações, sugere-se o estudo de Laranjeira (2008), que realiza uma adaptação/validação desse instrumento para a língua portuguesa.

Os indicadores socioeconômicos, também, condicionam as perspectivas futuras dos gestores. Por exemplo, uma população mais idosa ou com altas taxas de determinada comorbidade, como diabetes ou hipertensão, tende a demandar mais serviços de saúde (Barros, Francisco, Zanchetta, & César, 2011; Carneiro *et al.* 2013), o que faz com que sejam necessários recursos para atender essa demanda futura. Nesse sentido, em situações com custos de ajuste muito elevados, ou seja, custos necessários para restaurar a capacidade de atendimento, ou quando necessita-se de profissionais com alto nível de especialização (Hoffmann, 2017), o gestor pode, deliberadamente, optar por reter recursos, mesmo diante de cenários atuais de redução no volume de atividade. Em contrapartida, caso os indicadores apontem uma melhora em termos da saúde e bem-estar populacional, o gestor pode criar perspectivas otimistas, motivando-se a eliminar recursos. Essa mesma perspectiva é válida para outros critérios sociais e econômicos, como, por exemplo, o saneamento básico, que tem potencial para combater doenças transmissíveis, relacionadas à água e ao esgoto (Uhr, Schmechel, & Uhr, 2016). Portanto, o desenvolvimento e melhoramento dos serviços nessa área, podem influenciar positivamente as perspectivas sobre gestores quanto aos cenários futuros.

3.5.7 Problemas de agência / construção de império / governança corporativa

Em complemento ao mencionado no tópico anterior, verifica-se que a opção dos gestores por manter ou eliminar recursos em momentos de queda do volume de atividade, também, pode derivar de interesses e benefícios próprios, a fim de maximizar sua utilidade pessoal, *status*, poder, remuneração e prestígio (Chen *et al.*, 2012; Richartz & Borgert, 2021).

Para avaliar esse critério, a literatura dos *costs stickiness* tem utilizado extensivamente os preceitos da Teoria da Agência, no que tange ao desalinhamento de interesses entre acionistas e gerentes, fazendo com que os últimos se envolvam em atividades para seu próprio benefício, em detrimento ao benefício dos *stakeholders*. Para Chen *et al.* (2012), um problema de agência amplamente documentado é a construção de império gerencial, que se refere à tendência dos gestores de fazer a empresa/instituição crescer além de seu tamanho ideal ou manter recursos não utilizados, com o objetivo de aumentar a sua utilidade, o que acarreta maior rigidez de custos (*sticky*). Ainda, segundo o autor, isso normalmente ocorre quando os benefícios pessoais estão atrelados ao cumprimento de metas e a resultados de curto prazo.

No âmbito governamental, a Teoria das Escolhas Públicas ou *Public Choice Theory* traz uma abordagem similar. Segundo Wu *et al.* (2019), nessa teoria, os gestores públicos buscam ações que maximizem seu próprio bem-estar e interesse. Assim, eles têm incentivos

para relutar em reduzir o excesso de capacidade, pois isso pode diminuir seu poder político e suas influências (Wu *et al.*, 2019). No caso desse estudo, onde observa-se um comportamento *anti-sticky costs*, pode-se ter outros fatores analisados em conjunto, como, por exemplo, os *déficits* orçamentários e as cobranças legais e normativas, onde, os interesses dos gestores públicos se voltam para a manutenção da imagem, eficiência financeira no curto prazo e cumprimento legal, com vistas a alcançar a reeleição ou maior *status*.

Portanto, indiferente da perspectiva teórica, torna-se importante avaliar e controlar as condições que favorecem os custos de agência, a construção de impérios e as escolhas públicas. Nesse sentido, a literatura, em especial decorrente de análises em empresas privadas, aponta alguns fatores que podem mitigar a busca por interesses puramente individuais e preservar os interesses coletivos (de ambas as partes). Dentre os critérios elencados (Tabela 7), alguns podem ser observados, também, na gestão pública, como é o caso dos controles internos, dos níveis de transparência e das auditorias.

Nesse sentido, no Relatório Anual de Gestão de 2018 há a informação de que, naquele ano, “o Componente Municipal de Auditoria, com apoio da gestão, deu início às auditorias internas, que buscam orientar e instrumentalizar a gestão, quanto à produtividade e à qualidade dos serviços oferecidos pela rede municipal de saúde, auxiliando na tomada de decisão”. No decorrer do ano foram realizadas 14 auditorias, sendo cinco internas e nove em prestadores de serviços contratualizados pelo município. Esse processo, que foi expandido, também, para as unidades assistenciais, tem cunho educativo e baseia-se em resultados, a fim de orientar os usuários de seus relatórios (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a).

Ainda, no que tange aos critérios para análise de custos de agência e construção de império, Chen *et al.* (2012) avaliou o tempo de mandato do CEO, que na área pública pode ser considerado o tempo que os gestores eleitos ficam no cargo, sendo que, no Brasil, esse limite é de quatro anos, com possibilidade de reeleição. Tem-se, também, os cargos de gestão atribuídos a funcionários efetivos, cargos comissionados ou funções gratificadas, para os quais pode-se avaliar o tempo médio de permanência. Nesse sentido, verifica-se que no portal de transparência (Prefeitura de Florianópolis, 2022), há informações apenas da gestão atual, não sendo possível, por fontes públicas, avaliar cargos de gestão interna da SMS no período contemplado pela análise.

Chen *et al.* (2012), também, citam o ano de mudança do CEO e o ano imediatamente anterior, que pode ser entendido como o ano eleitoral, conforme já discutido anteriormente. Por fim, o autor menciona a remuneração, que inclui salários e bonificações, sob alegação de que, quanto maior a parcela variável, mais tende-se a gerenciar recursos sob interesse próprio.

Nessa perspectiva, verifica-se que a Constituição da República Federativa do Brasil (1988), determina que o salário de prefeitos, vice-prefeitos e secretários municipais devem ser fixados por lei de iniciativa da Câmara Municipal, não podendo exceder o subsídio mensal, em espécie, dos Ministros do Supremo Tribunal Federal (STF), que, segundo o artigo 37, serve de teto para os ganhos de todo o funcionalismo público. Esse dado está disponível no portal da transparência (Prefeitura de Florianópolis, 2022), no campo “gestão de pessoas”, “agentes políticos”, assim como a remuneração de todos os servidores, incluindo aposentados, comissionados e os admitidos em caráter temporário, porém, limita-se a informação atualizada, sem contemplar séries históricas.

3.5.8 Localidade (estado / região / país)

Segundo Porporato e Werbin (2010) e Xu e Sim (2017), dadas as particularidades de cada estado, região e/ou país, inclusive pela concentração de empresas com perfis distintos, a localidade pode ser um fator que influencia o comportamento dos custos organizacionais. Dentre os critérios elencados na literatura para caracterizar esse ambiente, tem-se questões socioeconômicas, intensidade de trabalho, composição populacional, capital corporativo, níveis de industrialização e tecnologia, eficiência produtiva e financeira, entre outros. Portanto, esse fator pode se relacionar intensivamente aos demais apresentados nesse estudo, especialmente sob a perspectiva da gestão pública. Ademais, visto que essa análise se delimita a um contexto específico, muitas dessas individualidades já são controladas.

Ainda assim, pode haver diferenças substanciais entre UBS de um mesmo município, dadas as especificidades do território a que pertencem, incluindo as necessidades e desigualdades de sua população. Diante disso, a SMS organiza e controla essas unidades de acordo com um processo de territorialização. Isso porque, a “delimitação geográfica de um território permite a Saúde conhecer características da população adscrita, bem como desenvolver programas e projetos viáveis frente aos diagnósticos levantados”, além de “estretar a relação de responsabilidade entre os serviços e a população num espaço delimitado” (Secretaria Municipal de Saúde, 2022b). Consequentemente, ao conhecer essas especificidades, o tempo de resposta para ajuste de recursos frente às variações do volume de atividade, pode tornar-se mais rápido e efetivo.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (2022c), as informações de saúde são georreferenciadas em diferentes níveis de agregação, conforme demonstrado na Figura 13.

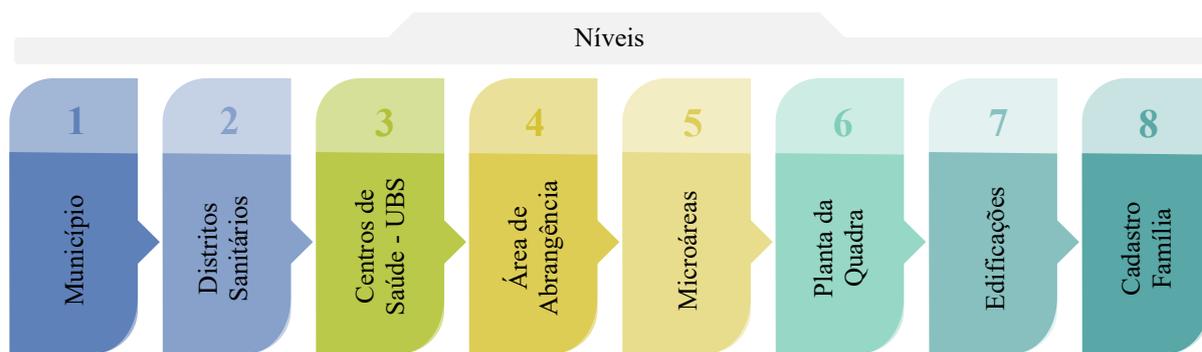


Figura 13. Níveis de agregação da territorialização

Fonte: Elaborado pela autora com base em Secretaria Municipal de Saúde (2022c)

Como esse estudo se limita à abrangência municipal (Nível 1), atuando diretamente com informações das UBS (Nível 3), busca-se maior detalhando no nível intermediário (2), que são os Distritos Sanitários (DS). De acordo com a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde (Portaria n. 22, 2016), as informações de saúde são distribuídas em cinco Distritos Sanitários: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul, nos quais estão vinculadas cada UBS. Contudo, o Entrevistado A informou que, com a nova gestão, que assumiu em 2017, houve uma reorganização do organograma da SMS e as unidades passaram a ser agrupadas em apenas quatro distritos: Centro, Continente, Norte e Sul²⁴.

Nesse sentido, uma vez retrocedida e conciliada a informação, a fim de se ter comparabilidade, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (2022b), em 2016, 2017 e 2018, as 48 UBS analisadas estavam organizadas da seguinte forma: 11 no DS Continente; 9 no DS Centro; 15 no DS Sul; e 13 no DS Norte.

Considerando essa divisão, segundo o Entrevistado B, há grupos denominados “apoiadores de informação”, que são profissionais que ficam nos DS e auxiliam no controle e no repasse de dados, bem como no planejamento e na definição de indicadores.

²⁴ Cabe destacar que o conceito de Distrito Sanitário utilizado no Estudo 2 diferencia-se do Estudo 1. Apesar de ambos considerá-los como uma delimitação geográfica, para fins metodológicos, no Estudo 1, os Distritos Sanitários foram tratados como “unidades de saúde”, visto que possuíam custos e procedimentos diretamente vinculados, que permitiam a identificação do fenômeno *costs stickiness*. Isso deve-se ao fato de que há Gerências Distritais de Apoio Territorializado, que absorveram parte dos recursos. Contudo, como o Estudo 2 direciona-se a um único tipo de unidade de saúde (as UBS), o conceito de Distrito Sanitário limita-se a forma de organização territorial, como uma superposição dos demais níveis.

O Apêndice H apresenta o mapa de Regionalização das UBS, com destaque aos quatro Distritos Sanitários existentes desde 2017.

3.5.9 Distribuição populacional

Além de questões geográficas, dentre os critérios que contribuem para a diferenciação das regiões de saúde, dos distritos sanitários e até mesmo das unidades, são as características da população que abrangem (demografia). Essa particularização envolve diversas questões, inclusive de cunho social, conforme é investigado detalhadamente no tópico a seguir. Contudo, um dos parâmetros significativos é a própria composição populacional, ou seja, sua distribuição em termos de idade e de sexo.

Segundo Carneiro *et al.* (2013), as variações demográficas podem modificar o perfil epidemiológico da população. Isso porque, o aumento na expectativa de vida tem reflexos nos tipos de doenças que acometem os indivíduos e, conseqüentemente, nos serviços demandados e em seu custo. “Como o envelhecimento é um processo natural de diminuição progressiva das respostas adaptativas do corpo frente ao meio ambiente”, é natural que, com o avanço da idade, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se tornem mais prevalentes na população (Carneiro *et al.*, 2013, p. 14). Assim, tem-se efeitos significativos nos gastos com cuidados de longa duração (*long-term care*) em detrimento aos gastos com cuidados agudos. Isso porque, “essas doenças, muitas vezes, exigem tratamentos contínuos e, geralmente, podem vir acompanhados de disfunções e/ou algum nível de dependência” (Carneiro *et al.*, 2013, p. 14). Além disso, do ponto de vista econômico, um aumento na razão de dependência idosa significa menos pessoas em idade ativa para custear pessoas em idade inativa.

Dadas essas particularidades, para Carneiro *et al.* (2013), o padrão etário típico do gasto e da utilização de serviços de saúde apresenta um formato em J, sendo mais alto para os primeiros grupos (crianças), decrescendo entre adolescentes e adultos, e aumentando entre idosos. Além disso, o autor afirma que há padrões de consumo de serviços distintos entre o sexo feminino e o masculino. As mulheres exibem maiores níveis de utilização de serviços de saúde em praticamente todas as faixas etárias, bem como maior probabilidade de ter consulta médica (generalista ou especialista). Esse cenário intensifica-se nas faixas etárias de período reprodutivo (de 15 a 39 anos), quando usam mais serviços de saúde relacionados à gravidez. Para Carneiro *et al.* (2013), esse comportamento deriva do histórico feminino de tratar melhor de sua saúde, realizando exames periódicos, e da maior aderência a tratamentos. Em função disso, em faixas etárias mais elevadas, apesar das mulheres utilizarem mais os serviços de saúde, o gasto médio dos homens é superior, dado o tipo de serviço consumido.

Uma vez que fatores demográficos afetam a relação custo e volume de atividade, sendo o volume fortemente influenciado pelo tipo de atendimento prestado, a Figura 14

apresenta a distribuição populacional do município de Florianópolis, segundo dados extraídos dos Relatórios Anuais de Gestão (2016, 2017 e 2018), que se baseiam no Censo Demográfico de 2010 (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a).

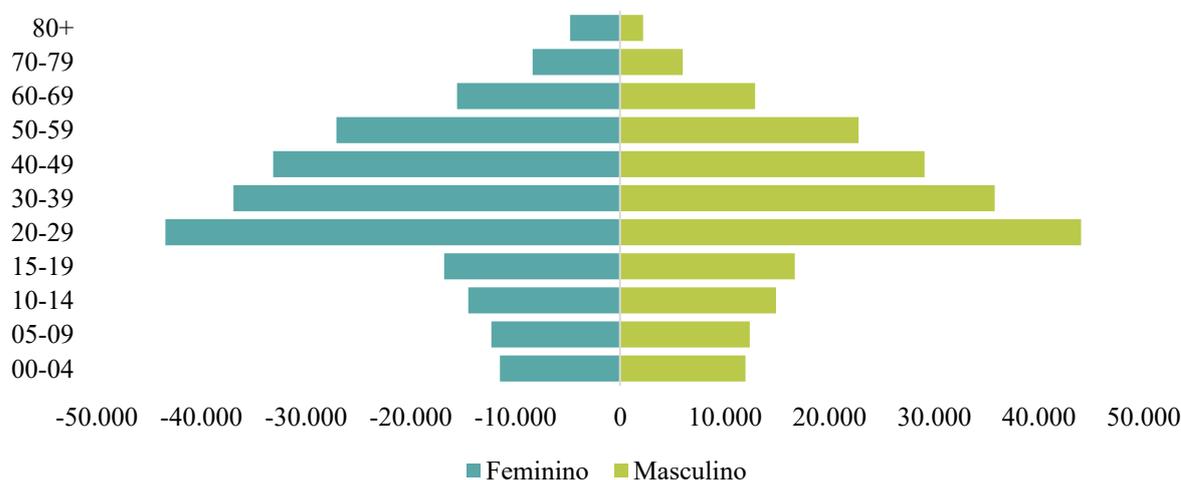


Figura 14. População de Florianópolis por sexo e faixa etária

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Censo Demográfico de 2010, extraídos dos Relatórios Anuais de Gestão (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a).

De acordo com o Relatório Anual de Gestão de 2018 (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a), a análise demográfica do município tem como base principal o Censo de 2010, por se tratar do dado mais fidedigno. Entretanto, os indicadores e, conseqüentemente, o processo de planejamento pondera as estimativas populacionais para o respectivo ano. Com base nisso, o município apresentou um crescimento populacional de 1,46% no ano, gerando um acumulado de 18,17% na última década. Esses dados foram confirmados pelas estimativas populacionais do IBGE (2022b), sendo que, desde o último Censo, o município apresentou um crescimento anual médio em sua população de 2,07%.

Apesar desse incremento, “que é considerável para uma cidade que possui uma taxa de fecundidade total menor que 2”, esse resultado ainda é menor que o ocorrido entre 1996 e 2005, “quando a população da capital cresceu mais de 45%”. Ainda assim, de acordo com o Relatório Anual de Gestão de 2018 (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a):

[...] a pirâmide populacional da cidade permanece com um aspecto pouco comum, sendo que 87% da população de Florianópolis tem entre 20 e 59 anos de idade, caracterizado tanto por pessoas de outras regiões do estado e do país à procura de emprego, quanto pela grande quantidade de estudantes nessa idade que vêm à cidade cursar o ensino superior – a maior universidade federal na cidade possui mais de 26 mil estudantes apenas na graduação. Florianópolis também tem sido sede de inúmeros parques tecnológicos, o que, também, pode ter influência na migração.

Durante as entrevistas, também, foi possível identificar outra estimativa populacional bastante considerada pela gestão da SMS. Ambos os entrevistados citaram a importância de se controlar e avaliar a “população ativa” vinculada à cada unidade. De acordo com o Entrevistado A, a programação em saúde, bem como a alocação das equipes, considera, dentre a população do território adscrito, aquela que acessou o serviço público de saúde nos últimos dois anos, ou seja, a população ativa, a fim de “entender o quanto aquela comunidade precisa ou vai exigir de equipamentos e de profissionais de saúde da atenção primária”. Ainda, o Entrevistado B, destacou que a população ativa é diferenciada de acordo com o tipo de serviço, ou seja, “consultas médicas, de enfermagem e odontologia, e a população ativa em todos os serviços, que inclui sala de vacinas, sala de curativos, farmácias...”, a fim de possibilitar seu amplo planejamento. Isso porque, há uma população que não é “SUS dependente”, mas que acessa serviços específicos, principalmente salas de vacina e farmácias, para o qual necessita-se ter disponibilidade de atendimento.

Essa importância na identificação e controle da população ativa é reforçada pelo fato de que, no *site* da Secretaria Municipal de Saúde (2022a), no campo informações de saúde, há um painel interativo dedicado exclusivamente para esse dado, com todas as segregações mencionadas pelo Entrevistado B, sendo possível sua visualização por centro de saúde e por equipe.

Nesse sentido, o Entrevistado A fez uma ressalva, ao afirmar que número de pessoas que procuram a unidade (acessam o serviço), também, pode ser limitado pela capacidade da oferta (conforme será tratado com mais detalhe em um tópico específico), ou seja, “pessoas que não consultaram, porque não tinha oferta”. Então, durante o planejamento, tenta-se “equilibrar as duas coisas” (população ativa e população adscrita, de acordo com as estimativas do IBGE).

3.5.10 Influências sociais

A saúde é um direito constitucional, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, artigo 196). Portanto, há serviços que precisam ser mantidos, mesmo diante de reduções na demanda, devido à pressão institucional e à responsabilidade de proteger o interesse público e apoiar a vida cotidiana das pessoas (Nagasawa, 2018; 2019).

Segundo o Relatório Anual de Gestão de 2018, os serviços e a aplicação de recursos em saúde devem considerar os “determinantes da saúde (socioeconômicos, ambientais, demográficos, biológicos e comportamentais), as condições de saúde da população (morbidade, estado funcional, bem-estar e mortalidade) e as necessidades e satisfação dos usuários”. Assim, torna-se importante o conhecimento e o controle desses dados (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a).

Nesse sentido, o Entrevistado A destacou a importância de se conhecer e atuar diretamente com as “áreas de interesse social (AIS)”, pois são populações com grande dependência do SUS. Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde (2022b), as AIS, também, são classificadas como áreas de risco e/ou áreas carentes, sendo que para seu estabelecimento considera-se os seguintes critérios:

- Baixa renda familiar: áreas ocupadas por famílias de baixa renda (até 3 salários mínimos).
- Precariedade habitacional: presença significativa de casas e barracos em situação precária no uso do material construtivo, no tamanho e na utilização dos cômodos e/ou com adensamento excessivo destes cômodos.
- Precariedade da rede de infraestrutura: aglomerados cujo acesso e atendimento dos serviços pela rede de infraestrutura, ou seja, rede de água, rede de drenagem, rede de energia, rede de esgoto e pavimentação, são incompletos, insuficientes ou até mesmo inexistentes.
- Precariedade ambiental e áreas de risco: muitas das casas destes aglomerados estão construídas em locais ambientalmente impróprios, como encostas de morros suscetíveis a desmoronamento, áreas de preservação permanente, áreas verdes, nascentes de rios, áreas de mangues e dunas, áreas próximas a rios, córregos, canais e praias suscetíveis a alagamentos.
- Precariedade na posse da terra: áreas públicas ou privadas adquiridas de maneira irregular e/ou clandestina, tendo sua posse em situação ilegal juridicamente, que não apresentam titulação pública da terra, escritura (pública ou de posse), regularização fundiária e/ou demais documentações cartoriais.
- Precariedade dos equipamentos e serviços urbanos: áreas desprovidas, parcial ou totalmente, de serviços e equipamentos públicos (creches, postos de saúde, segurança pública, ônibus e escolas), seja pela ausência ou pela grande dificuldade ao acesso.

De acordo com o Entrevistado A, até 2016, a SMS tinha um setor que fazia todo o mapeamento e o desenho do território, o que permitia saber exatamente o número de famílias em situação de vulnerabilidade social. A partir de 2017, não há mais esse setor específico, sendo que os dados são levantados pela equipe local dos distritos sanitários e dos centros de saúde²⁵.

Mesmo para aquelas áreas que não são consideradas AIS, o conhecimento das condições socioeconômicas e de saúde é importante, pois têm efeito sobre a programação de recursos das UBS. Dentre essas características, o Entrevistado A destacou os diferentes níveis de adesão aos planos privados de saúde. Isso porque, “uma comunidade com um alto percentual de convênio, com uma população de alto poder aquisitivo”, demanda uma estrutura e uma equipe diferente de uma população com alta dependência do SUS, pois isso influencia o perfil de demanda.

Além disso, deve-se ponderar que o município de Florianópolis possui uma população absolutamente urbana. Segundo o Relatório Anual de Gestão de 2018, “ainda que a densidade demográfica do município seja bastante variada, possuindo regiões que se assemelham a pequenos sítios, o IBGE já não caracteriza mais estes espaços como rurais, uma vez que as atividades econômicas principais dessa população não estão relacionadas ao campo” (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a). Nesse sentido, diversos estudos que tratam dos determinantes sociais de saúde, consideram os níveis de urbanização como fatores que alteram o perfil das doenças, bem como de acesso aos serviços de saúde.

No Plano Municipal de Saúde de 2018-2021, também, cita-se como determinantes sociais de saúde²⁶, o nível de escolaridade e de desocupação; o índice Gini, que mede distribuição de renda; informações sobre atividade física e padrão alimentar; e o percentual de fumantes e usuários de drogas. Esse relatório, também, destaca a “cobertura de rede de esgoto e os estudos insuficientes sobre os corpos hídricos que recebem os efluentes em Florianópolis” e o saneamento ambiental inadequado, que “determina consequências danosas como as doenças veiculadas pelo *Aedes aegypti*, cuja taxa de repetição de foco na capital chega 48%” (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a).

²⁵ O Apêndice I apresenta o mapa com destaque às áreas de interesse social de Florianópolis.

²⁶ Na literatura há diferentes modelos para a análise dos determinantes sociais de saúde (DSS). Os mais recorrentes são o modelo de Dahlgren e Whitehead e o modelo de Diderichsen e Hallqvist. Para mais informações, sugere-se o estudo de Buss e Pellegrini Filho (2007).

Diante disso, o Entrevistado B destaca a necessidade de se conhecer e caracterizar as condições de saúde da população pertencente a cada unidade. Para tanto, segundo ele, utilizam-se diversos indicadores de saúde, sendo que, atualmente, dadas as restrições por conta da pandemia da COVID-19, o setor tem se direcionado aos indicadores do programa Previnde Brasil. Também, há indicadores que são passados a nível estadual e federal e alguns direcionados à vigilância, cujo monitoramento é feito de forma mais direta pela diretoria de vigilância epidemiológica, que compartilha as informações com os demais setores, para que se possa organizar o trabalho nas UBS.

Corroborando esse relato, verifica-se que há diversos painéis relativos a indicadores de saúde atualizados no *site* da Secretaria Municipal de Saúde (2022a), dentre os quais destacam-se os controles de vacinação, gestantes, hipertensos, diabéticos, odontologia, indicadores do programa Previnde Brasil e do Pacto Federativo.

Por fim, ainda no que tange às influências sociais, não apenas quanto à caracterização da população, mas, também, em relação a sua participação efetiva, o Plano Municipal de Saúde de 2014-2017, destaca a “existência de conselhos locais e municipal de saúde atuantes, com possibilidade de participação social na formulação das políticas de saúde e no controle da execução das mesmas” (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a).

3.5.11 Capacidade utilizada e tamanho

Segundo Balakrishnan *et al.* (2004) a capacidade utilizada influencia o comportamento *costs stickiness*, ao passo que o ajuste de recursos frente a reduções do volume de atividade pode tornar-se mais ou menos interessante, confirmando um excesso de alocação de recursos, quando a capacidade utilizada é muito baixa, ou representando um desafogamento operacional, quando muito elevada.

De acordo com o Entrevistado A, tanto o tamanho das UBS quanto sua capacidade de atendimento estão bastante atrelados às equipes de trabalho e sua composição, sejam equipes de saúde da família (eSF) ou equipes de saúde bucal (eSB)²⁷. Por sua vez “a capacidade da equipe é a disponibilidade de carga horária dela, ou seja, a hora-homem”. Porém, para dimensionar a carga de trabalho não basta ponderar os atendimentos realizados pelo número de equipes ou pelo tempo de atendimento, pois os serviços realizados nas UBS são muito

²⁷ A estruturação das equipes, considera, além da população adscrita e da população ativa (conforme já mencionado), as recomendações e limites mínimos estabelecidos em lei, o que será abordado em maior detalhe nos tópicos seguintes.

variáveis e adaptáveis. Além disso, dadas as características dessa atividade, deve-se considerar, também, a necessidade de acolhimento à população, que é bastante particularizado. Assim, “com relação ao tempo gasto em uma consulta ou em uma visita, é difícil a padronização”. Como exemplo, o Entrevistado A cita que “uma primeira visita domiciliar de um paciente que tem problemas sociais, totalmente acamado, dependente de oxigênio, pode tomar todo o tempo de uma equipe. Já uma segunda visita, onde a equipe já o conhece, uma hora torna-se suficiente”. Então, até o tempo do mesmo tipo de atendimento, que tem o mesmo código de procedimento, pode variar. Em função disso, atualmente, “a atenção primária não trabalha mais com uma agenda fixa, de 20 em 20 minutos [...], o médico e o enfermeiro atendem com acesso avançado e livre demanda” (Entrevistado A).

Outra questão a ser avaliada quando se trata de tamanho e capacidade de atendimento na atenção básica é a cobertura populacional estimada pelas equipes, a qual está representada na Figura 15.

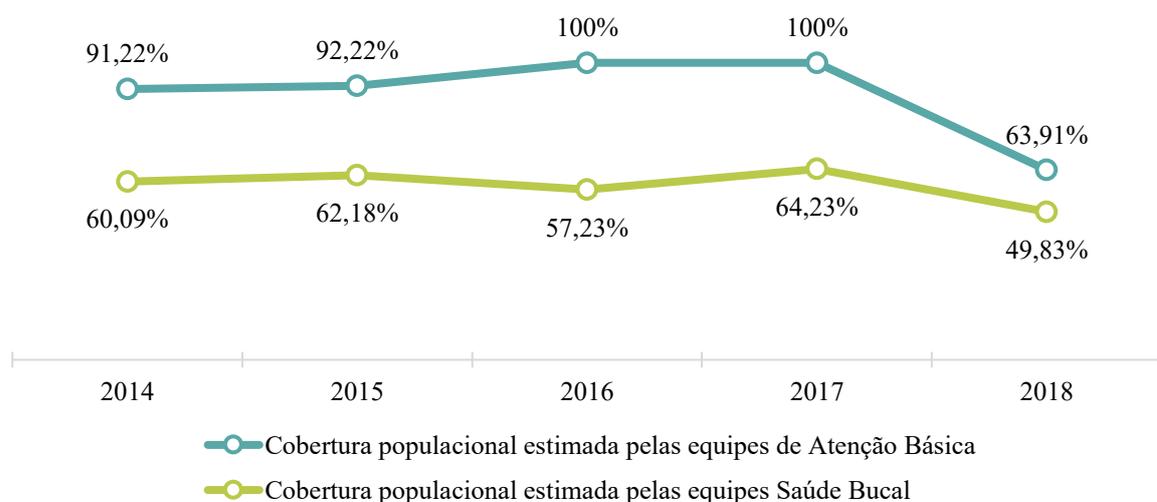


Figura 15. Cobertura populacional estimada pelas equipes - Florianópolis 2014/2018

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados extraídos do Relatório Anual de Gestão de 2018 (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a).

De acordo com o Relatório Anual de Gestão de 2018 (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a), “Florianópolis tem feito grande esforço para ampliação e qualificação da Atenção Primária em Saúde (APS)”. Tanto é que se tornou a primeira capital brasileira a atingir 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Contudo, em 2018, observou-se uma redução do percentual na cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (de 100% para 63,91%) e equipes de Saúde Bucal (de 64,23% para 49,83%), que “se deu principalmente pela redução da carga horária de trabalho de muitos profissionais efetivos da

rede e, também, pela reposição lenta dos trabalhadores aposentados e exonerados, em função da Lei de Responsabilidade Fiscal e do limite prudencial com a despesa de pessoal” (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a). Esse fato, também, pode ser reflexo das decisões de redução de recursos ocorridas em 2017, pois, conforme o Entrevistado A, houve uma “redução do número de trabalhadores que foi acontecendo de forma gradual, mas bem significativa”, o que teve reflexo no custo das unidades.

Por fim, deve-se considerar um fator cultural importante, pois, segundo o relato dos entrevistados, no município, ainda há um número considerável de consultas e serviços agendados em que o paciente não comparece. Isso acarreta custos, tanto dos profissionais e da estrutura que fica à disposição, sem a possibilidade de resolutividade ou prevenção ao problema de saúde e que muitas vezes não consegue ser aproveitado para outro atendimento, como custos burocráticos, do agendamento e/ou reagendamento. Como exemplo, o Entrevistado B cita as vacinas adquiridas, que têm um prazo de validade limitado, e que, muitas vezes, não tem e a adesão esperada por parte da população.

3.5.12 Estrutura de custos

De acordo com a literatura dos *costs stickiness*, a estrutura de custos diz respeito a divisão entre gastos fixos e variáveis, visto que os primeiros, dada sua rigidez, são mais difíceis de serem eliminados frente a variações no volume de atividade. Diante disso, e ao considerar que alguns setores tendem a apresentar estruturas produtivas similares, a literatura sugere a análise da influência de diferentes setores no comportamento assimétrico dos custos.

Contudo, dadas as singularidades de cada atividade e no interesse de discuti-las de forma individualizada, este estudo direciona-se exclusivamente a um tipo de unidade pública de saúde, as UBS. Ainda assim, há particularidades na estrutura de custos passíveis de análise. Isso porque, apesar dos serviços públicos apresentarem considerável rigidez de custos, de acordo com o Entrevistado A, “a atenção primária é um sistema adaptativo complexo”, pois a equipe, que representa a maior parcela dos custos, se adapta para atender as demandas daquela comunidade, daquele território, dentro de um limite sustentável. Cabe destacar que, segundo o Entrevistado A, “na atenção primária, o percentual de custos com folha de pagamento varia entre 70 e 76%”. Já de acordo os dados constantes nos Relatórios Anuais de Gestão, no campo “indicadores financeiros”, têm-se que, em 2016, o percentual de gastos com pessoal sobre os gastos totais de saúde era de 69,73%, em 2017, de 68,77% e, em 2018, 68,54% (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a).

Então, o que se pode observar, segundo o Entrevistado A, é que houve uma diminuição significativa de custos em função da redução de pessoal, inclusive assistencial (“diminuiu médico, enfermeiro e técnico de enfermagem”), “mas, se aquela equipe sofre uma demanda de pressão de porta, muitas vezes, ela se adapta, trabalhando, inclusive, numa sobrecarga para atendê-la” e, assim, quando relacionado o custo ao volume, podem ocorrer desequilíbrios. Contudo, “isso não se sustenta no médio e longo prazo”.

3.5.13 Nível de especialização de pessoal

Uma questão que se reflete na capacidade de atendimento, no tamanho e no nível de adaptação das equipes às diferentes demandas, conforme abordado nos tópicos anteriores, é o nível de especialização e de treinamento de pessoal.

Segundo o Entrevistado A, o perfil das equipes e dos profissionais que nela atuam tem reflexo nos trabalhos desenvolvidos e, conseqüentemente, nos recursos demandados, pois “se é uma equipe inovadora, que incorpora tecnologias [...], tanto tecnologia de comunicação, de agilidade, de cuidado com o paciente, de resposta... ela normalmente tende a ter uma adaptação maior, a ser mais resiliente e a não ser tão rígida na sua estrutura”. Nesse sentido, “um fator que é bem determinante é a formação da equipe: se tem especialização, se tem residência em saúde pública ou saúde da família”. Por exemplo, um médico ou um enfermeiro que veio de hospital ou que já está há muitos anos formado, às vezes, tem um processo de trabalho bem enraizado e estabelecido, sendo difícil aderir a mudanças (Entrevistado A).

Corroborando, o Entrevistado B, dá ênfase à necessidade de “qualificação dos profissionais de saúde e à organização dos processos de trabalho dentro da atenção primária”. Segundo dados repassados durante a entrevista, na última avaliação, realizada em 2019, 76% dos enfermeiros tinham alguma especificidade com foco na APS. Assim, “com essa qualificação, a gente consegue desenvolver melhor o trabalho e ser mais resolutivo”.

Outro fator importante relatado pelo Entrevistado B, que se associa à especialização, é “a construção de protocolos e de guias, que instrumentalizam os profissionais na sua tática”. Segundo ele:

Atualmente, o município de Florianópolis, tem seis protocolos de enfermagem que orientam a organização e a prática dentro da atenção primária. Isso fornece ao enfermeiro a capacidade de realizar alguns procedimentos que em outros lugares não seria permitido. Então, por exemplo, [...] hoje nós somos um dos poucos municípios que o enfermeiro faz inserção de DIU, que faz transcrição de protocolos de tratamento de HIV, trata sífilis [...].

Portanto, esses protocolos aumentam a resolutividade, a capacidade e o campo de atuação dos enfermeiros dentro da UBS, o que, também, aumenta o volume de trabalho, pois procedimentos que antes não eram realizados, pois demandavam encaminhamentos ou dependiam do agendamento de consultas médicas, passam a ser feitos, através da potencialização de uso daquele pessoal (Entrevistado B).

Em função dos benefícios trazidos pela padronização de processos, o Entrevistado B informou que foi criado, para organização interna, um departamento denominado “gestão da clínica”, que trabalha especificamente com as questões e a produção de materiais e protocolos para guiar as práticas na atenção primária. Concomitantemente, em 2015, o município, também, aderiu ao *Practical Approach to Care Kit* (PACK).

O PACK é um guia para médicos e enfermeiros de atenção primária que visa facilitar a tradução do conhecimento científico para a prática clínica. Ele abrange cerca de 40 sintomas e 20 condições crônicas comumente encontradas nos pacientes que buscam atendimento na atenção primária. Cada uma de suas mais de duas mil recomendações práticas está ligada à base de evidências científicas do BMJ Best Practice, uma das mais importantes ferramentas mundiais de apoio a profissionais de saúde para tomada de decisão clínica - Relatório Anual de Gestão de 2018 (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a).

Segundo o Entrevistado B, o PACK é um instrumento trazido da África do Sul, adaptado para realidade brasileira, que traz “um modelo para educação permanente dos profissionais e auxílio na tomada de decisão, no dia a dia do trabalho”. Portanto, ele caminha lado a lado aos protocolos da enfermagem, “mas, por uma questão legal, os protocolos de enfermagem se destinam a prescrição dos enfermeiros e o PACK auxilia na questão dos médicos de família”. Com essas adesões e processos sendo organizados, segundo o Entrevistado B, há um reflexo na prática assistencial, contribuindo para maior resolutividade e para a ampliação do escopo de atuação da atenção primária.

Ao considerar, também, os processos gerenciais e administrativos, a SMS deu início a um projeto destinado ao mapeamento de processos e documentação de múltiplas atividades. Para isso, elabora-se os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), que se referem a descrição, simples e detalhada, das operações necessárias para a execução de diferentes funções e atividades. Assim, busca-se traçar padrões e nortear as práticas profissionais das mais variadas áreas, com vistas a alcançar a melhoria da qualidade (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a).

Diante do exposto, adiciona-se a perspectiva do ‘tipo’ de especialização à análise dos *costs stickiness* e não apenas de seu nível. Isso porque, segundo Kallapur e Eldenburg (2005),

Balakrishnan e Gruca (2008) e Hoffmann (2017), atividades que requerem maior grau de especialização de mão de obra, tendem a apresentar custos mais rígidos, visto que o custo de ajuste, ou seja, o valor futuro de reposição, para contratar ou treinar esses profissionais, é maior, o que incentiva o gestor a manter os recursos, mesmo diante de reduções do volume de atividade. Contudo, de acordo com os relatos, maiores especializações, principalmente direcionadas à atenção generalista e à medicina da família, também, podem favorecer o ajuste de recursos em função do atendimento a diferentes demandas.

3.5.14 Legislação de proteção ao emprego (LPE) / intensidade de uso de mão de obra

Segundo Richartz e Borgert (2021), em países como o Brasil, que possuem forte regulação de proteção ao emprego, a estrutura de mão de obra é difícil e onerosa de ser reduzida, o que influencia os gestores a reterem recursos, provocando um comportamento *sticky costs*.

A fim de verificar o rigor da LPE no Brasil, assim como sugerido por Banker *et al.* (2013), avaliou-se o indicador da *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD), onde, para cada país, caracteriza-se a proteção do emprego através de 14 itens básicos e, ao final, agrega-se em índices resumidos para funcionários regulares, funcionários temporários e índice geral de proteção do emprego. Nesse sentido, verifica-se que não há informações atualizadas para o Brasil, visto que o banco de dados disponível no *site* traz o cálculo apenas de 2008 a 2012 (OECD, 2022). Contudo, segundo Venn (2009), dos países não membros analisados, os custos de demissão individual do Brasil não estão entre os mais elevados, ficando abaixo de países como Índia, Eslovênia, China e Indonésia. Ainda assim, apresenta-se muito próximo da média dos países da OECD. Segundo a autora, um dos fatores que contribui para esse resultado são os níveis de informalidade, pois, dado o distanciamento dos órgãos fiscalizadores, diminui-se a probabilidade de inspeções, o que aumenta o emprego de trabalhadores informais. Por outro lado, “em áreas onde as rígidas leis trabalhistas do Brasil são aplicadas mais severamente, o mercado de trabalho é menos dinâmico e a produtividade das empresas pode ser prejudicada” (Venn, 2009, p. 11).

Esse cenário intensifica-se no contexto governamental, onde muitas contratações ocorrem por meio de concurso público e as condições de trabalho são regidas por inúmeras normas e leis. De acordo com o artigo 37 da Constituição da República Federativa do Brasil (1988), em seu inciso II, a investidura de profissionais efetivos para compor a Rede Municipal de Saúde, assim como outros cargos ou empregos públicos, “depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade

do cargo ou emprego”. Essa mesma condição é apresentada na Lei Complementar n. 63 (2003), que dispõe sobre o estatuto dos servidores públicos do município de Florianópolis. Ainda, em seu artigo 20, afirma-se que os servidores nomeados para o cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público, são considerados estáveis após três anos de efetivo exercício. Já o § 1º da referida lei define que este só perderá o cargo: (i) em virtude de sentença judicial transitada em julgado; (ii) mediante processo administrativo em que lhe seja assegurado o exercício do contraditório e ampla defesa; e (iii) mediante procedimento de avaliação periódica de desempenho, assegurado o exercício do contraditório e ampla defesa.

Além disso, a Lei n. 9.962 (2000, artigo 3), que disciplina o regime de emprego público, estabelece que "o contrato de trabalho por prazo indeterminado somente será rescindido por ato unilateral da Administração pública”, nas hipóteses de práticas de falta grave; acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas; necessidade de redução de quadro de pessoal, por excesso de despesa, nos termos da lei; e/ou insuficiência de desempenho, apurada em procedimento padronizado.

Portanto, verifica-se que as condições de contratação, de estabilidade e, principalmente, as restrições no que tange ao desligamento de profissionais públicos efetivos, caracterizam esse gasto como rígido. Além disso, deve-se ponderar que o processo para se realizar novas contratações, quando a demanda estiver restaurada, ou seja, os concursos públicos, são bastante onerosos, o que faz com que se tenha custos de ajustes expressivos, o que tendência os gestores para sua retenção.

Além dos profissionais efetivos, é possível contratar serviços de saúde por meio de contratualizações/terceirizações e contratos temporários, previstos na Lei n. 8.745 (1993). De acordo com essa lei, esse tipo de contratação (por tempo determinado), visa atender à necessidade temporária de excepcional interesse público. Apesar deste tipo de contrato permitir maior flexibilidade de custos, há um valor considerável de custos de ajuste, pois, o processo de contratação, quando recorrente, demanda tempo e valor considerável.

Há outras modalidades (tipos de vínculos) de profissionais atuantes na SMS. Segundo o Relatório Anual de Gestão de 2018 (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a), ao final desse ano, haviam “2.629 trabalhadores na SMS, sendo a maior proporção de profissionais estatutários (77,97%) e empregados celetistas com entrada por concurso público (19,96%). Os demais eram trabalhadores cedidos de outras instituições, estagiários e comissionados (apenas 0,41% deste último tipo).” A Tabela 9 apresenta um resumo dos trabalhadores vinculados à SMS, por tipo de vínculo.

Tabela 9

Número total de trabalhadores da SMS de Florianópolis, por tipo de vínculo, de 2014 a 2018

	2014	2015	2016	2017	2018
CLT	537	543	554	535	525
CTD	110	22	33	10	-
Comissionados	12	12	11	-	11
Estagiários	56	81	90	6	20
Estatutário Civil	1.757	1.938	2.263	2.052	2.050
Requisitados	34	54	69	42	23
Total	2.506	2.650	3.020	2.645	2.629

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados extraídos do Relatório Anual de Gestão de 2018 (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a).

Observa-se um acréscimo do número total de profissionais até 2016. A partir disso, houve decréscimos consecutivos, sendo que, entre 2016 e 2017, a queda foi de 12,42%, o que é compatível com os relatos já apresentados.

Além das pressões regulatórias no que tange a contratação de pessoal, a composição das equipes de saúde nas UBS, também, é influenciada por limites e condições pré-estabelecidas. A Política Nacional de Atenção Básica (Portaria n. 2.436, 2017), em seu anexo (operacionalização), recomenda que as equipes de Atenção Básica (eAB) e as equipes de Saúde da Família (eSF), sejam formadas para atender a população adscrita do território, com o limite de 2.000 a 3.500 pessoas e quatro equipes por unidade, a fim de garantir a coordenação do cuidado.

Em Florianópolis, o parágrafo único do artigo 4 da Política Municipal de Atenção Primária (Portaria n. 22, 2016), define uma proporção em torno de 2.500 habitantes por equipe, com redução para 2.000 habitantes nas áreas de vulnerabilidade social. Nesse sentido, verifica-se que, também, podem existir outros arranjos de adscrição, com respeito a critérios como vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, sendo facultado aos gestores locais, junto com as equipes que atuam na Atenção Básica e ao Conselho Municipal ou Local de Saúde, essa definição (Portaria n. 2.436, 2017). Esse fato é ratificado pelo Entrevistado A, ao afirmar que a SMS tenta equilibrar a formação e a alocação das equipes, considerando a população adscrita, a população ativa, as áreas de interesse social (dados os determinantes sociais de saúde) e os limites legais.

Ainda, é definido pela Política Municipal de Atenção Primária (Portaria n. 22, 2016), que a composição das equipes atuando nos Centros de Saúde, deve conter:

1. Equipe de Saúde da Família (eSF): composta por Agente Comunitário de Saúde, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, Enfermeiro e Médico de Família e Comunidade ou generalista;
2. Equipe de Saúde Bucal (eSB): composta por Auxiliar e/ou Técnico de Saúde Bucal e Cirurgião-Dentista;
3. Equipe de Consultório na Rua (ECNR): com composição em acordo com as Portarias GM/MS n. 122, de 25 de janeiro de 2012, e 1.029, de 20 de maio de 2014;
4. Profissionais Apoiadores da Saúde da Família: profissionais de saúde com núcleos de atuação complementares aos das eSF, eSB e ECNR que atuam na modalidade de apoio matricial às equipes de APS conforme descrito no parágrafo 7º do artigo 5 desta norma, com composição em acordo com a Política Nacional de Atenção Básica e a Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012; e
5. Outros profissionais lotados nos CS não vinculados a equipes e que prestam apoio às ações das eSF, eSB e ECNR.

Para Holzacker *et al.* (2015a), essas delimitações regulatórias e normativas, também, podem inibir atividades como terceirização ou alteração de contratos de trabalho, com diferentes arranjos, que, por sua vez, se refletem no comportamento assimétrico dos custos. Contudo, no período em análise, pode-se observar um comportamento que destoa da prerrogativa de rigidez. Isso porque, em 2017, conforme já mencionado pelo Entrevistado A e reforçado pelo Relatório Anual de Gestão de 2018 (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a), houve uma redução expressiva de custos alocados a conta pessoal e encargos, o que foi justificado como uma opção da nova gestão, um ajuste de contas para recuperar o *superávit* orçamentário do município e para cumprir o limite prudencial de despesas com pessoal, decorrente da Lei de Responsabilidade Fiscal, o que vai ao encontro das hipóteses de desligamento e ajuste de pessoal previstas em lei.

3.5.15 Mudança normativa / imposições legais e Regulamentação de mercado (preço)

Para Holzacker *et al.* (2015a), no contexto governamental há mecanismos de gestão limitados e um ambiente altamente regulado. Reforçando essa afirmação, Fabre (2021) menciona que no setor público brasileiro as delimitações orçamentárias, onde estima-se as receitas e fixa despesas buscando um equilíbrio, fazem com que os custos sejam aprovados e autorizados por normas jurídicas, o que acarreta maior atraso nos ajustes, pois, quando permitidas, essas mudanças devem ser justificadas em processos burocráticos. Além disso, segundo a autora, algumas contas são de responsabilidade concorrente do município com outro Ente federado, o que limita realocações e reduções, visto que a destinação do recurso é específica e pré-definida.

Nesse sentido, pode-se listar inúmeros instrumentos normativos que impactam a gestão e o comportamento dos custos. Conforme já mencionado ao longo dos debates, a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n. 101, 2000) trouxe inúmeros

direcionamentos e restrições, visto que “estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal”. Também, foram citadas outras normativas relacionadas, por exemplo, com o processo eleitoral, com o acesso a informações, com as relações de trabalho, com a composição das equipes, dentre outras. Isso demonstra que esse fator explicativo se relaciona extensivamente com os demais. Um exemplo é que, dado o cenário recessivo, conforme mencionado nos tópicos 3.5.1, 3.5.5 e 3.5.6, em 2016, foi produzida a Emenda Constitucional 95, implementada a partir de 2017, que criou o Novo Regime Fiscal, estipulando políticas de austeridade fiscal, como o teto para a despesa primária da União e o congelamento dos gastos com saúde em valores reais por 20 anos (Figueiredo, Prado, Medina, & Paim, 2018). Portanto, essa emenda, além de ter sido influenciada por critérios econômicos e financeiros, também, teve reflexos em outros fatores, especialmente, nos custos, visto que coincide com o período em que foram realizados cortes significativos.

Além disso, segundo Fabre (2021), são estipulados por Lei, a cada Ente federativo, limites mínimos para a aplicação de recursos públicos em saúde, os quais são determinados pela Lei Complementar n. 141 (2012). De acordo com essa regra e com respeito as demais diretrizes, define-se para municípios e para o Distrito Federal, a aplicação anual mínima, em ações e serviços de saúde, de 15% da arrecadação de seus impostos, para os Estados 12% e a para União pondera-se o valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do PIB do ano antecedente a lei orçamentária (LOA). Portanto, como esses limites estão vinculados à receita, o comportamento *costs stickiness* passa a ser fortemente influenciado pelas arrecadações.

No caso de Florianópolis, de acordo com os Relatórios Anuais de Gestão (2016, 2017 e 2018), o percentual de aplicação em ações e serviços públicos de saúde sobre a receita de impostos líquida e transferências constitucionais e legais, ficou acima do mínimo nos três anos analisados, sendo essa representatividade crescente, pois passou de 17,90% em 2016, para 18,04% em 2017 e 18,50% em 2018 (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a). Ao confrontar esses dados no Portal do Cidadão do Tribunal de Contas de Santa Catarina (2022), verificou-se algumas inconsistências, pois, em 2016, consta uma aplicação de 17,93%, em 2017 de 18,62% e em 2018 de 18,03%. Ainda assim, em todos os anos o município destinou recursos acima dos limites mínimos estabelecidos.

Especificadamente quanto à atenção primária de saúde, dentre as normas que tiveram impacto no período de 2016 a 2018, o Entrevistado B destacou a “publicação da Carteira de Serviço”, ocorrida em 2014, que trouxe reflexos nos anos posteriores, e a Política Municipal de Atenção Primária (Portaria n. 22, 2016). Para ele, esses “documentos, não apenas

legitimaram a atenção primária no município, mas deram um norte para a organização do processo de trabalho”.

Cabe destacar que, no Brasil, na área pública, há um mecanismo de pagamento prospectivo dos serviços de saúde, através da Tabela de Procedimentos do SUS (Almeida, Travassos, Porto, & Labra, 2000). Assim, os serviços contratualizados, por exemplo, são reembolsados de acordo com uma tabela de preços fixados para cada procedimento (Almeida *et al.*, 2000), o que se assemelha a regulação de preço mencionada por Holzacker *et al.* (2015a). Para os autores, essa regulação diminui a assimetria dos custos hospitalares, pois como estão sujeitos a fatores externos que determinam os preços, precisam contar com uma estrutura de custos mais elástica/flexível. Contudo, no caso da SMS, essa fixação se dá para o custo e não para a receita, pois é o SUS quem realiza os reembolsos.

Por fim, é válido ressaltar que o setor público brasileiro deu início ao processo de convergência aos padrões internacionais de contabilidade, com as dez primeiras normas elaboradas pelo Conselho Federal de Contabilidade (CFC), em 21 de novembro de 2008 (Cavalcante, de Aquino, Israel, & Ceolin, 2017). Essas normas, ofereceram profundas mudanças na contabilidade pública, inserindo novos conceitos e formas de avaliação e mensuração do patrimônio; mudando a forma de escrituração e configuração do balanço patrimonial; impondo que as despesas e receitas públicas fossem contabilizadas pelo princípio da competência; criando o subsistema de custos; entre outros (Cavalcante *et al.*, 2017). Portanto, essas alterações, que foram sendo implementadas e atualizadas ao longo dos anos, trazem reflexos nas rotinas, nos registros e, conseqüentemente, nos custos.

3.5.16 Formas de aquisição de recursos

No contexto governamental brasileiro as obras, serviços, compras e alienações devem ser contratados mediante processo de licitação pública (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, artigo 37). Nesse sentido, a Lei n. 8.666 (1993) e a recente Lei de Licitações e Contratos Administrativos (Lei n. 14.133, 2021), instituem normas específicas para esses processos. Dentre elas, há previsões para contratos de longo prazo que trazem rigidez aos custos, dificultando ou atrasando seu ajuste quando da diminuição do volume de atividade, pois contratos cuja vigência ainda não cessou, são difíceis e onerosos para serem descontinuados. Como exemplo, cita-se o artigo 106 da Lei n. 14.133 (2021), que prevê, para serviços de fornecimento contínuo, como é o caso de muitos serviços de saúde, a possibilidade de celebrar contratos com prazo de até cinco anos. Para alguns casos específicos, como a transferência de tecnologia de produtos estratégicos para o SUS, há

possibilidade de contratos de até 10 anos, ou, quando envolver sistemas estruturantes de tecnologia da informação, de até 15 anos (Lei n. 14.133, 2021, artigo 108 e artigo 114).

A Lei n. 8.666 (1993), também, prevê diferentes modalidades de licitações, sendo elas: tomada de preços, concorrência, carta-convite, leilões e concurso. Com o avanço da tecnologia e a necessidade de maior agilidade nos processos, a Lei n. 10.520 (2002) apresentou uma nova forma de contratação, o pregão, utilizado para contratar bens e serviços através de meio eletrônico ou presencial. De acordo com o inciso II do artigo 3 da referida lei, nesse processo, “a definição do objeto deverá ser precisa, suficiente e clara, vedadas especificações que, por excessivas, irrelevantes ou desnecessárias, limitem a competição”.

Portanto, a administração pública tem a obrigatoriedade de promover certames licitatórios sempre que necessitar contratar serviços ou adquirir bens (Lei n. 8.666, 1993, artigo 2). Por outro lado, a própria lei admite hipóteses de licitação dispensada, dispensável e de inexigibilidade de licitação, onde o ente público não é obrigado a executar todos os procedimentos previstos, desde que atendam aos requisitos estipulados, incluindo situações emergenciais e/ou calamitosas, que requeiram urgência de atendimento.

Corroborando a complexidade e o rigor legal desse processo, o Entrevistado A afirma que “todas as aquisições, processos e novos contratos da secretaria, mesmo estando no orçamento, precisam passar pelo comitê gestor no âmbito da prefeitura, que é composto pelos secretários das outras pastas, junto com o prefeito”. Assim, segundo ele, tem-se um ponto de controle, porém, gera-se morosidade para algumas aquisições, o que é complexo na saúde, pois muitas vezes lida-se com questões de grande urgência.

No *site* da Secretaria Municipal de Saúde (2022a) há um campo destinado exclusivamente para demonstrar os fluxos de compras e de aquisições, onde se pode confirmar a obrigatoriedade de passagem pelo comitê gestor, conforme o relato acima, além de identificar os demais trâmites e processos envolvidos. Esses fluxos estão disponíveis a toda a população, sendo segregados em: compra direta (abaixo de R\$ 8 mil); compra direta (acima de R\$ 8 mil); processos licitatórios; processos licitatórios com ata de registro de preço; termo de cooperação técnica; termos de parcerias; além dos fluxos para solicitação de diárias e de empenhos.

3.5.17 Sistemas orçamentários

Conforme já mencionado, uma das principais questões orçamentárias que se refletem no comportamento *costs stickiness* é a obrigatoriedade de equilíbrio nos planos orçamentários e na sua execução (Bradbury & Scott, 2018; Fabre, 2021), pois, sob essa premissa, a receita

estimada dimensiona a capacidade governamental em autorizar a despesa (Secretaria do Tesouro Nacional, 2019), ou seja, a disponibilidade de recursos limita os níveis de gastos. Assim, quando há previsão de redução da receita, deve-se adequar, também, as políticas públicas, no intuito de diminuir custos em algumas áreas de atuação (Fabre, 2021). Portanto, como os serviços públicos são financiados por diversas fontes, através de orçamentos baseados em atividades previstas, os gastos relacionados às diversas ações, serviços e estratégias são previamente definidos e fixados, o que enrijece e dificulta o ajuste de recursos (Balakrishnan & Gruca, 2008).

Apesar da necessidade de equilíbrio, conforme já demonstrado, nos anos analisados há resultados de *superávits* e *déficits* orçamentários. Ainda assim, essa condição influencia as perspectivas e as decisões dos gestores, seja devido à responsabilização legal ou pelo interesse de demonstrar eficiência. Além disso, há outros efeitos dos sistemas orçamentários e contábeis que podem condicionar o comportamento de custos, visto que se refletem nas operações, inclusive das UBS, como o *flypaper* (Cohen *et al.*, 2017), o *budget ratcheting* (Wu *et al.*, 2019) e o “gasta ou perde” (Wu *et al.*, 2019).

Outra particularidade é que, diferente do setor privado, onde os registros de receitas e custos são vinculados aos resultados simultaneamente, ou seja, são reconhecidos na mesma data, no modelo orçamentário do setor público, as receitas são reconhecidas quando arrecadadas e os custos quando liquidados. Assim, o fato de serem reconhecidos no resultado na data em que efetivamente ocorrem, torna os registros independentes, o que precisa ser considerado quando dessa confrontação (Fabre, 2021).

Por fim, cabe destacar o relato do Entrevistado A, de que “a secretaria de saúde tem um orçamento gigante [...]. Além do recurso próprio, gere os repasses dos governos estadual e federal”. Nesse sentido, verifica-se que, segundo dados do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO), divulgados no SICONFI (2022), do total de despesas liquidadas no orçamento municipal, em 2016, 16,80% foi destinado à função de saúde. Em 2017, esse percentual se elevou, passando para 17,18% e em 2018 diminuiu (17,08%). Portanto, por mais que em 2017 tenham ocorrido cortes (em termos absolutos) nos custos da SMS e, conseqüentemente, das UBS, a representatividade da pasta saúde sob o total dos gastos orçamentários aumentou. Já quanto aos repasses, de acordo com os Relatórios Anuais de Gestão (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a), em 2016, “houve um acréscimo da participação de recursos do Estado, alcançando 1,98% da receita total do Fundo Municipal de Saúde (FMS). Os recursos da União correspondem a 35,67%, os recursos próprios a 61,65% e

as operações de crédito a 0,70%”. Já em 2017 e 2018, houve uma “pequena queda” nos repasses da União e dos Estados (Secretaria Municipal de Saúde, 2022a).

Dado esse contexto, os procedimentos orçamentários, por vezes, podem se tornar limitantes, pois de acordo com o Entrevistado A, não se consegue “ter autonomia de alguns processos que são chave e estratégicos para a instituição, o que gera morosidade”. Essa dependência e burocracia, apesar de importante “para o controle e para equilibrar a conta do todo”, limita novos contratos e/ou renovações, assim como o encerramento prematuro de atividades fixadas, o que gera rigidez no controle de custos, se consideradas as demandas de atendimento em saúde.

3.5.18 Intensidade de estoque

De acordo com Subramaniam e Watson (2016), estoques elevados aumentam a rigidez dos custos (*sticky*), dada a incapacidade de sua redução rápida frente a quedas no volume de atividade, pois, com a diminuição da demanda, há necessidade de um tempo maior para se desfazer dos produtos, insumos e materiais, a fim de alcançar os níveis de estoque desejados. Nesse sentido, os autores sugerem que estes sejam avaliados em relação à receita de vendas, o que não faz muito sentido para o ambiente governamental. Portanto, busca-se avaliar esse fator explicativo por meio do valor absoluto da conta de estoques e sua representatividade sobre o ativo total.

Segundo o Entrevistado B, a SMS não possui controles de estoques a níveis de UBS. Há o controle apenas nos centros de distribuição. Quando há necessidade de um insumo, o coordenador da unidade precisa identificar a demanda e realizar a solicitação direta via sistema. A partir desse pedido, a empresa organiza a carga e a rota para entrega.

Portanto, dada a indisponibilidade dessa informação, inclusive a nível de SMS, avalia-se, para fins de confrontação, os dados de estoque registrados no balanço patrimonial do município de Florianópolis (SICONFI, 2022), por mais que estes representem uma parcela muito maior do que a observada nesse estudo, que se direciona a um único tipo de unidade, em uma única pasta/área de atuação (saúde). Ao se observar esses dados, também, parece haver inconsistências de registro, ao passo que os valores em 2016 e 2017 são os mesmos (R\$ 1.001.987,29), o que significa 0,09% do ativo total de 2016 e 0,06% de 2017. Já em 2018, os estoques do município se elevaram 48,15% (valores atualizados pelo IPCA), passando para R\$ 1.546.775,27, 0,07% do ativo total (SICONFI, 2022).

A NBC TSP 04, aprovada pela Resolução CFC n. 2016/NBCTSP04, é a norma de contabilidade do setor público que rege os parâmetros relativos aos estoques, definindo-os

como materiais, suprimentos ou produtos a serem consumidos ou distribuídos na prestação de serviços, no processo de produção, para venda ou para distribuição no curso normal das operações (Conselho Federal de Contabilidade, 2022). Portanto, o ano de aprovação dessa norma coincide com o primeiro ano contemplado nesse estudo, o que pode justificar as inconsistências de registros. Isso porque, deve-se considerar que a implementação e a adesão completa das normativas contábeis ocorrem paulatinamente.

Nesse sentido, a Portaria n. 548 (2015) trata da aprovação do Plano de Implantação dos Procedimentos Contábeis Patrimoniais (PIPCP), o qual é detalhado em seu anexo e dispõe sobre os prazos limites de adoção dos procedimentos contábeis patrimoniais, com vistas à consolidação das contas públicas. Esses prazos são definidos pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN) em conjunto com os entes da Federação, sendo que cada critério possui prazos específicos a serem considerados pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. No que tange os estoques, em municípios com mais de 50 mil habitantes, como é o caso de Florianópolis, o prazo para preparação de sistemas e outras providências de implantação foi estipulado para até 31 de dezembro de 2021. Já a obrigatoriedade dos registros contábeis se deu a partir de 01 de janeiro de 2022 e o prazo para verificação pelo SICONFI a partir de 2023, relativos aos dados de 2022 (Portaria n. 548, 2015).

Dado esse contexto, julga-se esse fator importante para análise, visto que os valores em estoque podem afetar o comportamento dos custos e, por mais que esta informação, atualmente, não seja controlada a nível de UBS, seus efeitos podem estar presentes. Assim, caso o dado venha ser controlado no futuro, torna-se um critério importante para análise. Além disso, os dados do balanço patrimonial municipal, também, podem ser considerados uma forma de aproximação para essas verificações, apesar das diferenças quanto ao nível informacional, sendo necessário avaliar melhor a consistência desse dado, uma vez decorrido os prazos para implementação e adaptação.

3.5.19 Intensidade de imobilizados

Da mesma forma que a intensidade de estoques, as instituições com elevada proporção de ativos imobilizados tendem a apresentar maior rigidez de custos (*sticky*), visto que possuem uma proporção maior de ativos fixos, o que diminui a flexibilidade de ajuste de recursos em momentos de declínio de atividade (Nagasawa, 2018). O incremento de tecnologia e a inovação, os quais serão discutidos em maior detalhe nos próximos tópicos, também, elevam a parcela de custos fixos, contribuindo para essa rigidez (Barra, Nascimento, Martins, Albuquerque, & Erdmann, 2006).

Apesar da SMS controlar os bens lotados a cada UBS, essa informação não foi disponibilizada para a pesquisa. Teve-se acesso apenas ao valor total da depreciação, o qual é calculado internamente para fins gerenciais e compõe o custo de cada unidade. Portanto, assim como no tópico anterior, avalia-se os registros de imobilizado²⁸ constantes no balanço patrimonial do município (SICONFI, 2022), mas se reconhece a limitação em termos de abrangência dos dados.

Verifica-se que, apesar do valor do imobilizado estar crescendo ao longo dos anos (acréscimo de 12,34% entre 2016 e 2017 e de 18,67% entre 2017 e 2018 – dados atualizados pelo IPCA) sua representatividade sobre o ativo total tem caído: em 2016, o imobilizado representava 38,73% do ativo total do município, em 2017 passou para 30,71% e em 2018 para 29,12% (SICONFI, 2022). Portanto, não se pode dizer que a parcela de custos fixos decorrentes da imobilização tem se elevado, conforme os preceitos do comportamento *sticky costs*. Além disso, cabe ressaltar que, apenas em 2018 foi registrado valores de depreciação no balanço patrimonial do município, sendo este relacionado exclusivamente aos bens móveis, o que se apresenta como uma fragilidade informacional (SICONFI, 2022).

Também, é válido destacar que a parcela de bens imóveis tem aumentado: em 2016, do total do imobilizado 36,65% era bens móveis e 63,35% bens imóveis; em 2017, os bens móveis passaram para 33,40% o que, conseqüentemente, elevou a parcela dos bens imóveis (66,40%); e em 2018, esses percentuais eram de, respectivamente, 30,02% e 69,98% (SICONFI, 2022).

Conforme mencionado para os estoques, para o imobilizado, dados os preceitos teóricos que vinculam esse fator aos *costs stickiness*, também, entende-se que esse fator possa ter efeitos no comportamento dos custos governamentais, sendo importante sua análise, em especial, do imobilizado lotado diretamente às UBS. Além disso, os dados do balanço municipal, também, podem ser variáveis de aproximação, mas, assim como para os estoques, ressalta-se a importância de se avaliar a consistência dos dados, em função do período de adaptação previsto no PIPCP (Portaria n. 548, 2015). Nesse sentido, verifica-se que, em municípios com mais de 50 mil habitantes, os prazos para preparação de sistemas e outras providências de implantação são: até 31 de dezembro de 2019 para os bens móveis e imóveis, e até 31 de dezembro de 2022 para bens de infraestrutura e bens do patrimônio cultural. Já a obrigatoriedade dos registros contábeis se dá a partir de 01 de janeiro de 2020 para bens

²⁸ A NBC TSP 07, aprovada pela Resolução CFC n. 2017/NBCTSP07, é a norma que rege os parâmetros relativos ao imobilizado (Conselho Federal de Contabilidade, 2022).

móveis e imóveis, e a partir de 01 de janeiro de 2023 para bens de infraestrutura e do patrimônio cultural. Por fim, os prazos para verificação pelo SICONFI são estipulados da seguinte forma: a partir de 2021 (dados de 2020) para bens móveis e imóveis, e a partir de 2024 (dados de 2023) para bens de infraestrutura e do patrimônio cultural (Portaria n. 548, 2015).

3.5.20 Fluxo de caixa disponível

Segundo a literatura dos *costs stickiness*, desenvolvida fundamentalmente em empresas privadas, instituições com valores significativos de fluxo de caixa disponível tendem a apresentar maior rigidez de custos (*sticky*), pois podem atrasar (ou até não realizar) os ajustes frente a reduções no volume de atividade, uma vez que possuem recursos em caixa para manter a estrutura e sanar seus compromissos.

Ao considerar a *proxy* de mensuração comumente utilizada, verifica-se, por meio do balanço patrimonial do município de Florianópolis (SICONFI, 2022), que a conta “Caixa e Equivalentes de Caixa” representa, em média, 9,27% do ativo total, sendo que essa representatividade aumentou de 2016 para 2017 (de 9,86% para 10,59%) e decaiu entre 2017 e 2018, indo para 7,95%. Da mesma forma, em termos monetários, ainda que corrigidos os valores, observa-se elevação dessa conta em 2017 e declínio em 2018. Já ao analisar o fluxo de caixa líquido das atividades operacionais do município, verifica-se redução de 45,64% entre 2016 e 2017 e acréscimo de 60,76% entre 2017 e 2018 (valores atualizados pelo IPCA).

Contudo, no ambiente governamental, o gasto está muito mais condicionado à previsão da receita, conforme variáveis já discutidas (como o percentual de realização e as variações entre períodos), do que à disponibilidade de recursos em termos de caixa. Ainda assim, julga-se essa variável relevante para análise. Isso porque, segundo Souza e Lima (2019), a NBC TSP 12, direcionada à Demonstração dos Fluxos de Caixa do setor público, fornece informações acerca de alterações históricas do caixa e dos equivalentes de caixa, o que permite aos usuários avaliar como a entidade obteve recursos para o financiamento de suas atividades e a maneira com esses recursos foram utilizados.

3.5.21 Intensidade de ativos e Intensidade de passivos / intensidade da dívida

Apesar de se considerar a intensidade de ativos e a intensidade de passivos como fatores explicativos separados/distintos, para a discussão dos resultados eles são agregados em um único tópico, visto que muitos dos argumentos apresentados se assemelham.

Especificadamente quanto aos ativos, estima-se que empresas maiores nesse quesito tendem a ter custos mais *sticky* (grudentos), pois, quando a demanda cai, é relativamente mais fácil reduzir os recursos contratados do que reduzir ativos próprios (Anderson *et al.*, 2003; Cohen *et al.*, 2017). Desse modo, verifica-se que o ativo total, constante no balanço patrimonial do município de Florianópolis (SICONFI, 2022), aumentou gradativamente ao longo do período, sendo essa variação de 41,69% entre 2016 e 2017 e de 25,15% entre 2017 e 2018 (valores atualizados pelo IPCA). Também, ocorreram variações significativas entre a parcela registrada no ativo circulante e no ativo não-circulante. Em 2016, tinha-se 76,64% no ativo não-circulante e 23,36% no ativo circulante. Em 2017, passou-se para, respectivamente, 82,11% e 17,89% e em 2018 para 68,87% e 31,13% (SICONFI, 2022).

Em contrapartida, no que tange os passivos, estima-se que empresas com altos níveis de endividamento apresentem menor rigidez de custos, pois, dada a pressão dos credores para cumprir os pagamentos, busca-se cortes rápidos de custos, ajustando-se ao volume de atividade (Calleja *et al.*, 2006; Dalla Via & Perego, 2013). Esse fato é corroborado por Cohen *et al.* (2017), que alega que, quanto mais os municípios estiverem expostos a dívidas ou restrições financeiras, mais rapidamente e em maior intensidade eles tendem a ajustar os custos. Por outro lado, Richartz e Borgert (2021) afirmam que quando a empresa tem seus recursos comprometidos com terceiros, os entraves causados por essa situação podem aumentar a rigidez. Com base nisso, verifica-se, pelos dados patrimoniais do município (SICONFI, 2022), que o passivo total aumentou 24,50% entre 2016 e 2017, sendo que, entre 2017 e 2018, o aumento foi 178,60% (valores atualizados pelo IPCA). Portanto, dadas as prerrogativas teóricas, o acréscimo no endividamento do município é compatível com o comportamento anti-*sticky costs* verificado nas UBS.

Contudo, da mesma forma que os tópicos anteriores, que consideram dados do balanço patrimonial, deve-se ponderar que estas são informações genéricas do município, enquanto que o comportamento *costs stickiness* é relativo apenas à função saúde e às UBS, que correspondem apenas a uma parcela dessa atividade. Além disso, assim como pontuado nas análises anteriores, deve-se considerar que alguns itens que compõe o ativo e o passivo ainda estão em processo de adequação quanto à sua mensuração e registro. Há tópicos que, de acordo com o PIPCP (Portaria n. 548, 2015), tem prazo para adequação completa, com obrigatoriedade dos registros contábeis, a partir de janeiro de 2023, o que implica que esses valores totalizadores podem conter distorções.

3.5.22 Nível de tecnologia

Para o Entrevistado A, a “incorporação de tecnologia também impacta de uma forma bem importante os custos em saúde”, seja pela “incorporação de um maquinário, de um novo medicamento, de uma nova modalidade de curativo [...]. Segundo ele, a atenção primária é diferente da atenção especializada justamente pela densidade tecnológica, visto que “incorpora outros tipos de tecnologia que não, necessariamente, a tecnologia dura. Às vezes, a tecnologia que elas adotam são protocolos, são guias, são processos de trabalho. Então, são políticas diferentes”.

Esse relato é corroborado pela perspectiva de agrupamento dos tipos de tecnologia em saúde, proposta por Merhy (1997). Para o autor há três grupos de tecnologia: i) tecnologia dura, representada pelo material concreto, ou seja, máquinas, equipamentos, mobiliários e estruturas organizacionais; (ii) tecnologia leve-dura, que diz respeito aos saberes estruturados, representados pelas disciplinas que operam no trabalho em saúde, como a clínica médica, odontológica, epidemiológica, psicanalítica entre outras; e (iii) tecnologia leve, que se expressa como o processo de comunicação e de relações, que conduzem o usuário às ações e serviços de saúde, envolvendo a produção de vínculos, autonomização, acolhimento e gestão de processos de trabalho.

Uma vez que a concepção do termo tecnologia não é tão reducionista ou simplista como muitas vezes observado, compreendendo, também, os saberes constituídos para a geração e utilização de produtos e para organização das relações humanas e de trabalho (Merhy, 1997), o relato do Entrevistado B, quanto ao desenvolvimento de protocolos e guias de trabalho ao longo do período analisado ganha ainda mais relevância. Isso porque, além de se associar ao nível de especialização de pessoal, também, infere implementação de tecnologias.

Além desses protocolos, em linhas gerais, o Entrevistado A destaca como diferenciais tecnológicos da atenção primária, “os medicamentos que são lá entregues ou utilizados, as coberturas (ou curativos), os insumos médicos e de enfermagem e a questão de odontologia”, por exemplo, as cadeiras odontológicas e os equipamentos utilizados.

Diante do exposto, verifica-se que os efeitos sobre o comportamento dos *costs stickiness* dependem, também, do tipo de tecnologia empregada. No caso das tecnologias duras, dado o aumento do grau de imobilização, pode-se enrijecer a estrutura de custos, dificultando seu ajustamento quando da redução do volume de atividade. Por outro lado,

conforme já mencionado, a definição de processos que busquem a otimização de tempo e de pessoal, com maior resolutividade, pode afetar positivamente a relação custo-volume.

3.5.23 Pluralidade e natureza crítica dos serviços

A pluralidade e a natureza crítica dos serviços são fatores que não apenas condicionam a estrutura de custos, mas, também, a forma de se mensurar e analisar o fenômeno. Em função disso, a tese traz delimitações que visam controlar e/ou captar esses efeitos, ao se direcionar a uma única atividade (saúde pública) e propor a distinção entre atenção primária e especializada, com enfoque na atenção primária para os Estudos 2 e 3. Isso porque, nesse nível de atenção, tem-se recursos mais adaptáveis (equipes generalistas e menos tecnologia dura), porém, há múltiplos procedimentos, cada qual individualizado.

Nesse sentido, por diversas vezes, tanto o Entrevistado A quanto o Entrevistado B, reforçaram a importância de ações com temporalidade, visto que essa atividade lida com a saúde e o bem-estar dos indivíduos, sendo que as decisões tomadas podem influenciar significativamente na qualidade de vida da população, tornando esses serviços críticos e fundamentais à sociedade.

Por outro lado, ambos, também, reforçaram (conforme relatos já citados) que, tanto a abordagem das equipes para com os pacientes/população, quando a sua própria demanda de serviços e ações em saúde, são múltiplos e diferenciados, sendo importante considerar critérios como o acolhimento, ao passo que a saúde é um conceito amplo, que engloba, também, o bem-estar psíquico e emocional. Portanto, apesar da importância de se avaliar a multiplicidade dos procedimentos realizados nas UBS, sendo que ao longo dos três anos foram realizados 322 diferentes procedimentos (de acordo com a classificação da SIGTAP, 2021), deve-se ponderar que, um mesmo tipo de atendimento, com um mesmo código de procedimento, pode demandar tempo e esforço distintos.

3.5.24 Magnitude das variações / custos de ajustamento de recursos

Segundo Richartz e Borgert (2021), pequenas variações no volume de atividade podem ser gerenciadas sem a necessidade de investimentos (quando há acréscimos) ou de cortes/eliminação de recursos (quando há reduções). No entanto, quando essas variações são mais expressivas podem demandar ajustes na capacidade. Portanto, a magnitude das variações, geralmente mensurada pela intensidade na variação das receitas (que comumente é utilizada como *proxy* de mensuração para volume de atividade), pode ter reflexos no

comportamento *costs stickiness*, onde, para pequenas variações, tende-se a ter comportamento *sticky*, mas, para variações bruscas, espera-se um comportamento anti-*sticky*.

Nesse sentido, esse fator associa-se a outros já discutidos, como a população adscrita, a população ativa ou as condições socioeconômicas, que influenciam na demanda pelos serviços de saúde, e/ou as tecnologias e a especialização de pessoal, que impactam nas rotinas de trabalho e nos procedimentos realizados, todos associados ao volume de atividade. Inclusive, assim como nas empresas privadas, no setor público a magnitude das variações nas receitas, também, é relevante, visto que, como já foi amplamente discutido, esta condiciona e limita os gastos nas mais diversas pastas/áreas de atuação governamental. Contudo, assim como proposto por Balakrishnan *et al.* (2004), sugere-se considerar percentuais mais baixos para se analisar essa magnitude (os autores sugerem variações superiores e inferiores a 3%), visto que, no período em análise, a receita realizada alcançou o máximo de 8,84% de variação.

Já no que diz respeito aos custos de ajustamento, os quais Richartz e Borgert (2021) tratam em conjunto com a magnitude das variações, mas que já foi referenciado como um fator explicativo isolado (Malik, 2012) e até mesmo como uma categorização (Guenther *et al.*, 2013), optou-se por considerá-lo como uma decorrência e/ou influência dos demais fatores, sendo discutido ao longo dos tópicos. Isso porque, os custos de ajustamento, ou seja, os valores para remover ou restaurar a capacidade de produção/atendimento, influencia a decisão dos gestores, quando estes ponderam os gastos com rescisão, multas e indenizações, pesquisa, treinamento, contratação, transações associadas à compra de equipamento, instalação de infraestrutura, entre outros. Por outro lado, também, é influenciado por critérios como os processos licitatórios e contratuais, a legislação de proteção ao emprego, a capacidade instalada e o nível de tecnologia.

3.6 CONCLUSÕES

Na busca por maior organização e clareza, num primeiro momento, apresenta-se uma síntese dos resultados, onde são pontuadas as principais inferências e conclusões do estudo. Na sequência, são apresentadas as contribuições (teóricas e práticas) e algumas recomendações para pesquisas futuras.

3.6.1 Síntese dos resultados

Esse estudo investigou de forma descritiva e detalhada fatores explicativos do comportamento *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde. Delimitou-se as análises em unidades básicas (UBS), dado o grau de assimetria verificado, com comportamento anti-*sticky costs*: quando o volume de atividade aumenta 1%, os custos operacionais aumentam 0,45%, mas, quando o volume reduz os mesmos 1%, os custos diminuem numa proporção maior (1,16%). Com base numa listagem de possíveis fatores explicativos identificados na literatura, foram consultados dois diretores de áreas estratégicas, sendo um da Assessoria de Planejamento e outro da Atenção Primária. Seus relatos foram triangulados com informações documentais advindas de fontes de dados diversas.

Dos 29 fatores identificados (21 que já haviam sido testados e 8 da área de saúde), todos demonstraram alguma ligação com o comportamento de custos. Alguns foram tratados de forma conjunta, dada a associação entre as explicações apresentadas. Porém, mesmo aqueles tratados isoladamente trazem reflexos entre si, os quais buscou-se interligar ao longo das análises.

As maiores variações em relação às proposições teóricas, se deram em função das variáveis que representam cada fator explicativo, ou seja, das possíveis formas de mensuração. Assim, conforme ressaltou-se ao longo do estudo, verifica-se que as particularidades e as características da atividade, seja pelo fato de se atuar no âmbito governamental, por se direcionar apenas à saúde ou por tratar exclusivamente das UBS, que são unidades de atenção primária, podem condicionar não apenas os resultados dos *costs stickiness*, mas, também, a forma de interpretá-los. Nesse sentido, a Figura 16 apresenta uma síntese dos fatores explicativos investigados e de variáveis que podem representá-los.

Cabe destacar que, na Figura 16, algumas variáveis se repetem, pois estão intrinsecamente relacionadas a mais de um fator. Essa vinculação é indicada por meio de uma nota numérica e detalhada abaixo da figura. Por exemplo, a última variável do fator 6 (decisão deliberada dos gestores) são os ‘indicadores socioeconômicos’, pois quando a população apresenta, historicamente, melhores condições de saúde e dos determinantes sociais, os gestores têm perspectivas futuras de menor demanda pelos serviços de saúde, o que o induz ao ajuste de recursos frente a diminuições do volume de atividade. Contudo, as condições socioeconômicas, também, trazem uma representação das influências sociais (fator 10).

1. Ambiente macroeconômico	10. Influências sociais	16. Formas de aquisição de recursos
PIB	Áreas de interesse social (AIS)	% de contratos em cada modalidade: compra direta, licitação, termo de cooperação, termo de parceria
PIB <i>per capita</i>	Determinantes sociais de saúde: % planos privados; urbanização; densidade demográfica; escolaridade; taxa de desemprego ³ ; índice gini; atividade física; padrão alimentar; % de fumantes e usuários de drogas; cobertura da rede de água e esgoto	Tempo médio de vigência dos contratos
Taxa de desocupação	Condições de saúde: mortalidade; morbidade; cobertura vacinal; indicadores do Previne Brasil e do Pacto Federativo	17. Sistemas orçamentários
IPCA saúde e cuidados pessoais	Conselhos locais	Resultado orçamentário ⁴
<i>Superávit / déficit</i> primário	11. Capacidade utilizada e Tamanho	<i>Flypaper / Budget ratcheting / Gasta ou perde</i>
2. Ano eleitoral e Origem política	Tempo médio de atendimento = carga horária da equipe ÷ número de atendimentos	% dos gastos orçamentários aplicado em saúde ⁵
Ano eleitoral e pré-eleitoral	Média de atendimentos por equipe = número de atendimentos ÷ número de equipes ponderada pela composição	18. Intensidade de estoque
Mudança do representante eleito	Cobertura das equipes (eSF e eSB)	Valor do estoque
Mudança do partido político	Quantidade de equipes	Valor do estoque ÷ ativo total
3. Assimetria informacional e Sistemas de informação	Acolhimento à população	19. Intensidade de imobilizados
Nível de transparência	12. Estrutura de custos	Valor do imobilizado
Quantidade de sistemas	% de custos fixos	Valor do imobilizado ÷ ativo total
Grau de integração dos sistemas	Gastos com mão de obra	% bens móveis e imóveis
Painéis para análise de dados	Gastos com mão de obra ÷ gastos totais de saúde	20. Fluxo de caixa disponível
Antes e depois da Lei Municipal n. 9.447/14 (Portal da Transparência)	13. Nível de especialização de pessoal	Fluxo de caixa das atividades operacionais
4. Atraso nos ajustes de custo	Composição da equipe: formação, especialização, residência em saúde pública ou saúde da família e educação continuada	Disponibilidades (caixa e equivalente de caixa)
Defasagem temporal (t-3)	Classes para perfil de equipes	Disponibilidades ÷ ativo total
5. Desempenho financeiro	Organização de processos: protocolos; guias; POP; PACK	21. Intensidade de ativos e passivos
Resultado orçamentário do município (<i>superávit / déficit</i>)	14. Legislação de proteção ao emprego / Intensidade de uso de mão de obra	Ativo total
6. Decisão deliberada dos gestores	Índice de LPE da OECD	% ativo circulante e não circulante
Diminuição da receita por períodos consecutivos (2 anos)	Nível de contratualizações	Passivo total
Resultado orçamentário por períodos consecutivos	% de contratos para cada tipo de vínculo	22. Nível de tecnologia
Receita prevista X receita realizada	15. Mudança Normativa / Regulamentação de Mercado	Valor dos equipamentos (tecnologia dura)
Perspectivas de reeleição	Antes e depois das normativas: NBC TSP; lei de responsabilidade fiscal; lei complementar n. 141/2012; emenda constitucional 95; política municipal de atenção primária	Antes e depois da adesão a processos, protocolos e guias
Indicadores socioeconômicos ¹	% dos gastos orçamentários aplicado em saúde (limites mínimos)	Novos medicamentos / vacinas / curativos
7. Problemas de agência / Construção de império gerencial / Governança corporativa		23. Pluralidade e natureza crítica dos serviços
Níveis de controle interno		Tipos / quantidade de procedimentos realizados
Níveis de transparência ²		24. Magnitude das variações / Custos de ajustamento
Níveis de autoria		Magnitude de variação da receita (3%)
Tempo de mandato		
Tempo média de cargos de gestão		
Remuneração média		
Parcela variável da remuneração		
8. Localidade		
Distrito Sanitário		
9. Distribuição populacional		
População adscrita total e por faixa etária (idoso e em idade produtiva)		
População por sexo		
Taxa de fecundidade		
População ativa por tipo de serviço		

Figura 16. Síntese dos fatores explicativos e possíveis formas de mensurá-los

Fonte: Elaborado pela autora ¹ Fator 10; ² Fator 3; ³ Fator 1; ⁴ Fator 5; ⁵ Fator 15.

3.6.2 Contribuições e recomendações

Esse estudo traz contribuições de cunho teórico e prático. Primeiro, acrescenta-se à literatura dos *costs stickiness*, ao fornecer evidências do fenômeno no ambiente governamental, em especial, por se tratar de um país de economia emergente. Em segundo lugar, por se direcionar a uma única atividade, cujas decisões e a estrutura possuem notável influência social, visto que representa uma função essencial do governo que infere na saúde e no bem-estar dos indivíduos, são fornecidas evidências de que os fatores explicativos do comportamento *costs stickiness* são próprios de cada atividade, corroborando a alegação de Calleja *et al.* (2006). Isso porque, por mais que esses fatores se assemelhem em relação à outras atividades e setores, a forma com que são visualizados, mensurados e interpretados dependem de suas características e particularidades, inclusive a nível institucional, ao passo que há diferenças, também, entre as UBS. Terceiro, com a transposição do fenômeno e dos fatores explicativos, ao descrever suas principais motivações e interligações, pode-se auxiliar na previsibilidade de custos e no planejamento, com projeções mais assertivas, uma vez que são apresentados *insights*, que podem embasar e justificar decisões, qualificando o tempo de resposta frente a períodos de redução na demanda.

Por fim, cumpre-se a recomendação de autores como Anderson e Lanen (2009), Dalla Via e Perego (2013) e Shust e Weiss (2014), pois estende-se as análises para além de demonstrativos financeiros divulgados publicamente e busca-se informações detalhadas sobre as causas, origens e decorrências dos *costs stickiness*, por meio de evidências baseadas em campo junto a gestores que têm autoridade e responsabilidade pelo seu gerenciamento.

Contudo, pesquisas em sentido amplo, também, estão vulneráveis a limitações (Souza, 2019). Nesse estudo, essas limitações se relacionam aos procedimentos de coleta e de análise dos dados, dada a definição da base teórica em detrimento de outras, a estruturação do roteiro de pesquisa e o acesso restrito aos profissionais entrevistados, principalmente, pelo fato de consultá-los a respeito de períodos passados. Assim, podem existir outros fatores explicativos ou outras métricas/variáveis não abordadas e contempladas nas descrições.

Cabe destacar que, apesar da SMS possuir um organograma descentralizado horizontalmente, que faz com que as ações e serviços de diferentes áreas/diretorias impactem nas rotinas, na estrutura e nas decisões das UBS, buscou-se entrevistar profissionais de áreas estratégicas, que pudessem trazer uma visão ampla dessas multiplicidades, o que vai ao encontro da proposta de Yin (2001), quando este afirma que, em estudos de caso, as escolhas metodológicas, as questões e a base teórica devem assegurar ao pesquisador a viabilidade para

a pesquisa. Ainda, assim como qualquer pesquisa, corre-se o risco de não captar na totalidade a complexidade do fenômeno.

Outra limitação, que decorre desde a comprovação do fenômeno (Estudo 1), é a abrangência temporal, visto que se contempla apenas os anos de 2016, 2017 e 2018. Isso porque, ocorreram mudanças no sistema de controle de estoque e armazenamento em 2019, o que provocou ambiguidade em alguns dados, inibindo a comparabilidade das informações.

Diante do exposto, sugere-se que estudos futuros investiguem os fatores aqui elencados, também, de forma quantitativa, com a inclusão de modelos estatísticos (multiníveis ou equações estruturais), ao verificá-los isoladamente ou explorando suas associações. Para isso, deve-se ponderar a temporalidade dos dados relativos a cada variável, visto que muitos critérios elencados, como, por exemplo, indicadores socioambientais, são apurados e divulgados com intervalos de tempo específicos e diferenciados.

Nesse sentido, uma possibilidade é a compreensão dos fatores explicativos mais fortemente relacionados ao fenômeno. Por mais que a análise descritiva permita algumas inferências, seja pela recorrência ou intensidade em que são citados, sua testagem e agrupamento, a fim de verificar seu real impacto e aqueles que possuem o mesmo poder explicativo, adiciona para a consolidação das análises. Isso porque, há uma tendência em se querer verificar quais são os critérios mais proeminentes, o que pode ocorrer através da utilização de diferentes técnicas, como, por exemplo, a análise de componentes principais ou a análise fatorial, que atue com a eliminação e/ou compilação de fatores. Portanto, os resultados aqui apresentados trazem contribuições para embasar futuras pesquisas, ao passo que define variáveis, lista formas de mensurá-las e apresenta uma construção de categorias.

Além disso, sugere-se adaptar as análises para outros contextos. Ainda que na área da saúde e mantendo-se em UBS, mudanças entre municípios, também, podem ter reflexo nos *costs stickiness* e em seus fatores explicativos. Como exemplo, cita-se municípios com portes orçamentários distintos, cujos efeitos dos sistemas contábil e orçamentário, em especial, o “gasta ou perde”, podem ser mais ou menos intensivos: aqueles com baixo poder orçamentário, podem ter seus recursos subfinanciados, o que restringe grandes estruturas de custos fixos, como salários e depreciações, facilitando o ajuste de recursos quando da redução do volume de atividade. Na condição contrária, municípios com poder orçamentário mais elevado, dado o recurso disponível, a fim de não o perder, acabam por criar estruturas de custo mais rígidas.

Diante do exposto, deve-se ter cautela na generalização dos resultados, utilizando-os como parâmetros e *insights*, mas respeitando-se a principal questão aqui explorada: os *costs*

stickiness e seus fatores explicativos são próprios de cada atividade e instituição, portanto, suas particularidades devem ser consideradas.

3.7 REFERÊNCIAS

- Abu-Serdaneh, J. (2014). The asymmetrical behavior of cost: evidence from Jordan. *International Business Research*, 7(8), 113-122.
<https://doi.org/10.5539/ibr.v7n8p113>.
- Agarwal, N., Khizer, A. M., & Sethuraman, M. (2021). Information environment and cost asymmetry. *Social Science Research Network*.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3769496.
- Ali, H., Shafiq, O., Gillani, S. U. A., & Anwar, F. (2021). Corporate board committees and asymmetric behavior of total cost: evidence from Pakistan. *PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology*, 18(2), 303-335.
<https://archives.palarch.nl/index.php/jae/article/view/6061>.
- Almeida, C., Travassos, C., Porto, S., & Labra, M. E. (2000). Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *International Journal of Health Services*, 30(1), 129-162.
<https://doi.org/10.2190/NDGW-C2DP-GNF8-HEW8>.
- Anderson, M. C., Banker, R. D., & Janakiraman, S. N. (2003). Are selling, general and administrative costs “sticky”? *Journal of Accounting Research*, 41(1), 47-63.
<https://doi.org/10.1111/1475-679X.00095>.
- Anderson, S. W., & Lanen, W. N. (2009). Understanding cost management: What can we learn from the evidence on 'sticky costs'? *The Ann Arbor Journal*, 1001.
- Argilés-Bosch, J. M., & Blandón, J. G. (2011). The influence of size on cost behaviour associated with tactical and operational flexibility. *Estudios de Economía*, 38(2), 419-455. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52862011000200004>.
- Argilés-Bosch, J. M., Blandón, J. G., Ravenda, D., Valencia-Silva, M. M., & Somoza, A. (2017). The influence of the trade-off between profitability and future increases in sales on cost stickiness. *Estudios de Economía*, 44(1), 81-104.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52862017000100081>.
- Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1998). Brasília, DF.
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/conadc/1988/constituicao.adct-1988-5-outubro-1988-322234-normaatualizada-pl.pdf>.
- Avelar, E. A., Santos, W. C., Souza, A. A., & Cailleau, R. (2021). Custos assimétricos e regulação em operadoras de planos de saúde. *Revista de Contabilidade e Organizações*, 15, 1-14. <https://doi.org/10.11606/issn.1982-6486.rco.2021.169260>.
- Balakrishnan, R., & Gruca, T. S. (2008). Cost stickiness and core competency: a note. *Contemporary Accounting Research*, 25(4), 993-1006.
<https://doi.org/10.1506/car.25.4.2>.

- Balakrishnan, R., Labro, E. & Soderstrom, N. S. (2014). Cost structure and sticky costs. *Journal of Management Accounting Research*, 26(2), 91-116. <https://doi.org/10.2308/jmar-50831>.
- Balakrishnan, R., Petersen, M. J., & Soderstrom, N. S. (2004). Does capacity utilization affect the 'stickiness' of cost? *Journal of Accounting, Auditing and Finance*, 19(3), 283-299. <https://doi.org/10.1177/0148558X0401900303>.
- Balakrishnan, R., Soderstrom, N. S., & West, T. D. (2007). Spending patterns with lapsing budgets: Evidence from US army hospitals. *Journal of Management Accounting Research*, 19(1), 1-23. <https://doi.org/10.2308/jmar.2007.19.1.1>.
- Banker, R. D., & Byzalov, D. (2014). Asymmetric cost behavior. *Journal of Management Accounting Research*, 26(2), 43-79. <https://doi.org/10.2308/jmar-50846>.
- Banker, R. D., Byzalov, D., & Chen L. (2013). Employment protection legislation, adjustment costs and cross-country differences in cost behavior. *Journal of Accounting and Economics*, 55(1), 111-127. <https://doi.org/10.1016/j.jacceco.2012.08.003>.
- Banker, R. D., Ciftci, M., & Mashruwala, R. (2008). Managerial optimism, prior period sales changes, and sticky cost behavior. *Social Science Research Network*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1599284.
- Banker, R., Byzalov, D., & Plehn-Dujowich, J. M. (2011). Sticky cost behavior: Theory and evidence. *Social Science Research Network*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1659493>.
- Barra, D. C. C., Nascimento, E. R. P., Martins, J., Albuquerque, G. L., & Erdmann, A. L. (2006). Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(3), 422-430. <https://doi.org/10.5216/ree.v8i3.7081>.
- Barros, M. B. D. A., Francisco, P. M. S. B., Zanchetta, L. M., & César, C. L. G. (2011). Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3755-3768. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000012>.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2008). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 7. ed. Petrópolis: Vozes.
- Becker, C., Cesar, C. M., Gallas, D., & Weber, M. H. (2017). Manifestações e votos sobre impeachment de Dilma Rousseff na primeira página de jornais brasileiros. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*, 13(24).
- Borgert, A., Crispim, C. H., & De Almeida, E. da S. (2011). Comportamento dos custos em hospitais administrados pela secretaria de estado da saúde de Santa Catarina. *Revista Universo Contábil*, 7(4), 22-38. <https://doi.org/10.4270/ruc.2011429>.
- Bradbury, M. E., & Scott, T. (2018). Do managers forecast asymmetric cost behaviour? *Australian Journal of Management*, 43(4), 538-554. <https://doi.org/10.1177/0312896218773136>.

- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, 17(1), 77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
- Calleja, K., Steliaros, M., & Thomas, D. C. (2006). A note on cost stickiness: some international comparisons. *Management Accounting Research*, 17(2), 127-140. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2006.02.001>.
- Campagnoni, M., Fabre, V. V., Borgert, A., & Rover, S. (2021). Cost stickiness nos governos locais de Santa Catarina. *Revista Catarinense da Ciência Contábil*, 20, 1-15, e3148. <https://doi.org/10.16930/2237-766220213148>.
- Carneiro, L. A. F., Campino, A. C. C., Leite, F., Rodrigues, C. G., Santos, G. M. M. dos, & Silva, A. R. A. (2013). *Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro* [livro eletrônico]. São Paulo, IESS. <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-04/ES03-ENVELHECIMENTO%20POPULACIONAL%20E%20OS%20DESAFIOS%20PARA%20O%20SISTEMA%20DE%20SA%20C3%9ADE%20BRASILEIRO.pdf>.
- Cavalcante, G. M., de Aquino, M. M. F., Israel, S. M. B., & Ceolin, A. C. (2017). Práticas contábeis no setor público: a percepção dos contabilistas do IFAL sobre a aplicação da norma brasileira de contabilidade aplicada ao setor público – NBC TSP 16.10. *Revista de Informação Contábil – RIC*, 11(2), 1-18. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/ricontabeis/article/viewFile/230377/24830>.
- Chen, C. X., Lu, H., & Sougiannis, T. (2012). The agency problem, corporate governance, and the asymmetrical behavior of selling, general, and administrative costs. *Contemporary Accounting Research*, 29(1), 252-282. <https://doi.org/10.1111/j.1911-3846.2011.01094.x>.
- Cohen, S., Karatzimas, S., & Naoum, V. C. (2017). The sticky cost phenomenon at the local government level: Empirical evidence from Greece. *Journal of Applied Accounting Research*, 18(4), 445-463. <https://doi.org/10.1108/JAAR-03-2015-0019>.
- Conselho Federal de Contabilidade. (2022). *NBC TSP do Setor Público*. <https://cfc.org.br/tecnica/normas-brasileiras-de-contabilidade/nbc-tsp-do-setor-publico/>.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1998). Brasília, DF. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
- Costa, M. D., Habib, A., & Bhuiyan, M. B. U. (2021). Financial constraints and asymmetric cost behavior. *Journal of Management Control*, 32(1), 33-83. <https://doi.org/10.1007/s00187-021-00314-7>.
- Dalla Via, N., & Perego, P. (2013). Sticky cost behaviour: evidence from small and medium sized companies. *Accounting & Finance*, 54(3), 1-26. <https://doi.org/10.1111/acfi.12020>.
- Decreto n. 9.988, de 15 de maio de 2012. (2012). Regulamenta o acesso à informação pública pelo cidadão (Lei Federal n. 12.527/2011), no âmbito do poder executivo municipal, cria normas de procedimentos e dá outras providências. <https://leismunicipais.com.br/a1/sc/f/florianopolis/decreto/2012/999/9988/decreto-n-9988-2012-regulamenta-o-acesso-a-informacao-publica-pelo-cidadao-lei-federal-n->

12527-2011-no-ambito-do-poder-executivo-municipal-cria-normas-de-procedimentos-e-da-outras-providencias?q=9988.

- Dermindo, M. P. (2019). Gestão eficiente na saúde pública brasileira. *JMPHC - Journal of Management & Primary Health Car*, 11. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v11iSup.933>.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *The Academy of Management Review*, 14(4), 532-550. <https://doi.org/10.5465/amr.1989.4308385>.
- Fabre, V. V. (2021). *Comportamento dos custos governamentais sob a ótica da Teoria das Finanças Públicas*. (Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, Florianópolis, SC). 121 p. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/231193/PPGC0240-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>.
- Fazoli, J. C., Reis, L. S., & Borgert, A. (2018). O comportamento dos custos das indústrias do estado de Santa Catarina com ênfase nos sticky costs. *Enfoque*, 37(2), 37-50. <https://doi.org/10.4025/enfoque.v37i2.33393>.
- Figueiredo, J. O., Prado, N. M. D. B. L., Medina, M. G., & Paim, J. S. (2018). Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde em Debate*, 42(2), 37-47. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S203>.
- Garrison, R. H., & Noreen, E. W. (2007). *Contabilidade gerencial*. (J. L. Paravato, Trad.). Rio de Janeiro: LTC.
- Grejo, L. M., Abbas, K., Camacho, R. R., & Junqueira, E. (2019). A influência do ativo imobilizado no comportamento assimétrico dos custos. *Revista Contemporânea de Contabilidade*, 16(38), 35-56. <https://doi.org/10.5007/2175-8069.2019v16n38p35>.
- Guenther, T. W., Riehl, A., & Rößler, R. (2013). Cost stickiness: state of the art of research and implications. *Journal of Management Control*, 24, 301-318. <https://doi.org/10.1007/s00187-013-0176-0>.
- Hammer, P. J. (2007). The architecture of health care markets: Economic sociology and antitrust law. *Houston Journal of Health Law & Policy*, 7, 227-264. <https://digitalcommons.wayne.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1224&context=lawfrp>.
- He, D., Teruya, J., & Shimizu, T. (2010). Sticky selling, general and administrative cost behavior and its changes in Japan. *Global Journal of Business Research*, 4(4), 1-10.
- Hoffmann, K. (2017). *Cost behavior: An empirical analysis of determinants and consequences of asymmetries*. (Tese de Doutorado, Copenhagen Business School, Departamento de Contabilidade). <https://research.cbs.dk/en/publications/cost-behavior-an-empirical-analysis-of-determinants-and-consequen>.
- Holz hacker, M., Krishnan, R., & Mahlendorf, M. D. (2015a). The impact of changes in regulation on cost behavior. *Contemporary Accounting Research*, 32(2/2), 534-566. <https://doi.org/10.1111/1911-3846.12082>.
- Holz hacker, M., Krishnan, R., & Mahlendorf, M. D. (2015b). Unraveling the black box of cost behavior: An empirical investigation of risk drivers, managerial resource

procurement, and cost elasticity. *The Accounting Review*, 90(6), 2305-2335.
<https://doi.org/10.2308/accr-51092>.

Hosomi, S., & Nagasawa, S. (2018a). A study on the effect of amalgamation on the cost behavior of local public enterprises. *Asia-Pacific Management Accounting Journal (APMAJ)*, 13(3), 109-130.

Hosomi, S., & Nagasawa, S. (2018b). Empirical study on asymmetric cost behavior: analysis of the sticky costs of local public enterprises. *Asia-Pacific Management Accounting Journal (APMAJ)*, 13(2), 55-82.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022a). *Contas nacionais anuais: tabela 6784 - produto interno bruto*. Rio de Janeiro: IBGE.
<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6784>.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022b). *Estimativas da população*. Rio de Janeiro: IBGE. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=17283&t=downloads>.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022c). *IPCA: Índice nacional de preços ao consumidor amplo: resultados por subitem 2016 a 2018*. Rio de Janeiro: IBGE.
<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplo.html?=&t=downloads>.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022d). *PIB Produto interno bruto dos municípios: série histórica 2010-2018*. Rio de Janeiro: IBGE.
<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?edicao=29720&t=resultados>.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022e). *Painel PNAB contínua: Taxa média de desocupação*. Rio de Janeiro: IBGE. <https://painel.ibge.gov.br/pnadc/>.

Ibrahim, A. E. A. (2015). Economic growth and cost stickiness: evidence from Egypt. *Journal of Financial Reporting and Accounting*, 13(1), 119-140. <https://doi.org/10.1108/JFRA-06-2014-0052>.

Jalilian, M., & Elyssai, E. V. (2014). Review and analyzing the factors affecting the stickiness behavior of general administration costs and sales of listed companies in Tehran Stock Exchange. *Applied mathematics in Engineering, Management and Technology*, 2(4), 584-596.

Kallapur, S., & Eldenburg, L. (2005). Uncertainty, real options, and cost behavior: Evidence from Washington state hospitals. *Journal of Accounting Research*, 43(5), 735-752.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-679X.2005.00188.x>.

Kama, I., & Weiss, D. (2013). Do earnings targets and managerial incentives affect sticky costs? *Journal of Accounting Research*, 51(1), 201-224. <https://doi.org/10.1111/j.1475-679X.2012.00471.x>.

Kim, J. B., Lee, J. J., & Park, J. C. (2022). Internal control weakness and the asymmetrical behavior of selling, general, and administrative costs. *Journal of Accounting, Auditing & Finance*, 37(1), 259-292.

- Krisnadewi, K. A., & Soewarno, N. (2021). Optimism and profit-based incentives in cost stickiness: an experimental study. *Journal of Management Control*, 32(1), 7-31. <https://doi.org/10.1007/s00187-020-00309-w>.
- Kumala, H. I., Ojala, M., Ahoniemi, L., & Uusi-Rauva, E. (2016). Unit cost Behaviour in public sector outsourcing. *International Journal of Public Sector Management*, 19(2), 130-149. <https://doi.org/10.1108/09513550610650400>.
- Laranjeira, C. A. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *Universitas Psychologica*, 7(2), 469-476. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672008000200013&script=sci_arttext&tlng=pt.
- Lei Complementar n. 101, de 04 de maio de 2000.* (2000). Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm.
- Lei Complementar n. 131, de 27 de maio de 2009.* (2009). Acrescenta dispositivos à Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp131.htm.
- Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012.* (2012). Dispõe 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. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm.
- Lei Complementar n. 63, de 23 de setembro de 2003.* (2003). Dispõe sobre o estatuto dos servidores públicos do município de Florianópolis. Câmara Municipal De Florianópolis – CMF. <https://leismunicipais.com.br/estatuto-do-servidor-funcionario-publico-florianopolis-sc>.
- Lei Municipal n. 9.447, de 20 de janeiro de 2014.* (2014) Institui o portal da transparência de Florianópolis. <https://leismunicipais.com.br/a/sc/f/florianopolis/lei-ordinaria/2014/945/9447/lei-ordinaria-n-9447-2014-institui-o-portal-da-transparencia-de-florianopolis?q=9447>.
- Lei n. 10.520, de 17 de julho de 2002.* (2002). Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110520.htm
- Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011.* (2011). Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do artigo 5, no inciso II do § 3º do artigo 37 e no § 2º do artigo 216 da Constituição Federal; altera a Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei n. 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei n. 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm
- Lei n. 14.133, de 01 de abril de 2021.* (2021). Lei de licitações e contratos administrativos. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14133.htm.

- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.* (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. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
- Lei n. 8.666, de 21 de julho de 1993.* (1993). Regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18666cons.htm.
- Lei n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993.* (1993). Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do artigo 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18745cons.htm.
- Lei n. 9.504, de 30 de setembro de 1997.* (1997). Estabelece normas para as eleições. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19504.htm.
- Lei n. 9.962, de 22 de fevereiro de 2000.* (2000). Disciplina o regime de emprego público do pessoal da Administração federal direta, autárquica e fundacional, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19962.htm.
- Li, L. (2013). Study of corporate governance on relation between self-interest incentive and cost stickiness. *International Journal of Digital Content Technology and its Applications*, 7(6), 706-715.
- Malcom, R. E. (1991). Overhead control implications of activity costing. *Accounting Horizons*, 5(4), 69-78.
- Malik, M. (2012). A review and synthesis of 'cost stickiness' literature. *Social Science Research Network*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2276760.
- Mayring, P. (2014). *Qualitative content analysis: Theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Austrália: Klagenfurt. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-395173>.
- Medeiros, O. R. D., Costa, P. D. S., & Silva, C. A. T. (2005). Testes empíricos sobre o comportamento assimétrico dos custos nas empresas brasileiras. *Revista Contabilidade & Finanças*, 16(38), 47-56. <https://doi.org/10.1590/S1519-70772005000200005>.
- Merhy, E. E. (1997). *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: Merhy, E. E., Onocko, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 71-112.
- Ministério da Saúde. (2021a). *Diretrizes estratégicas*. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/diretrizes.php>.
- Ministério da Saúde. (2021b). *Sistema único de saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona*. <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>.
- Ministério Público Federal. (2022). *Ranking nacional da transparência*. <http://combateacorrupcao.mpf.mp.br/ranking>.

- Nagasawa, S. (2018). Asymmetric cost behavior in local public enterprises: exploring the public interest and striving for efficiency. *Journal of Management Control*, 29(3-4), 225-273. <https://doi.org/10.1007/s00187-018-0269-x>.
- Nagasawa, S. (2019). Verification of asymmetric cost behavior in merged local public enterprises. *Japan Federation of Management Related Academies*, 3(2), 19-53.
- Nagasawa, S., & Nagasawa, M. (2021). Free riding, empire building, and cost management prior to and post municipal enterprise mergers in Japan. *Asia-Pacific Journal of Accounting & Economics*, 28(1), 94-116. <https://doi.org/10.1080/16081625.2020.1845001>.
- Noreen, E., & Soderstrom, N. (1994). Are overhead costs strictly proportional to activity? Evidence from hospital departments. *Journal of Accounting and Economics*, 17(1-2), 255-278. [https://doi.org/10.1016/0165-4101\(94\)90012-4](https://doi.org/10.1016/0165-4101(94)90012-4).
- Noreen, E., & Soderstrom, N. (1997). The accuracy of proportional cost models: evidence from hospital service departments. *Review of Accounting Studies*, 2(1), 89-114. <https://doi.org/10.1023/A:1018325711417>.
- OECD, Organization for Economic Co-operation and Development. (2022). *Employment protection legislation*. https://www.oecd-ilibrary.org/employment/data/employment-protection-legislation_lfs-epl-data-en.
- Paes-Sousa, R., Rasella, D., & Carepa-Sousa, J. (2018). Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. *Saúde em Debate*, 42, 172-182. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S313>.
- Porporato, M., & Werbin, E. M. (2010, Agosto). Active cost management in banks: evidence of sticky costs in Argentina, Brazil and Canada. *AAA Annual Conference*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1659228>.
- Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- Portaria n. 22, de 09 de novembro de 2016. (2016). Aprova a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde para organização dos serviços e gestão e direcionamento das ações de educação permanente no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis. http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29_11_2016_16.17.33.73c009e15b1538cd39469d1b7ec80eb2.pdf.
- Portaria n. 548, de 24 de setembro de 2015. (2015). Dispõe sobre prazos-limite de adoção dos procedimentos contábeis patrimoniais aplicáveis aos entes da Federação. https://www.cnm.org.br/cms/images/stories/Links/30092015_CPU_Portaria_STN_548-2015_-_PIPCP1.pdf
- Prefeitura de Florianópolis. (2022). *Portal da Transparência*. <http://www.pmf.sc.gov.br/transparencia/index.php?pagina=sobre&menu=3>.

- R Core Team. (2021). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. www.R-project.org.
- Reis, L. S. (2019). *Reflexos da decisão deliberada dos gestores nos custos stickiness*. (Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, Florianópolis, SC). <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/214572>.
- Reis, L. S., & Borgert, A. (2019). Análise conjunta de fatores explicativos para o comportamento assimétrico dos custos. *Revista Contemporânea de Contabilidade*, 16(40), 91-109. <https://doi.org/10.5007/2175-8069.2019v16n40p91>.
- Richartz, F., & Borgert, A. (2021). Fatores explicativos para o comportamento assimétrico dos custos das empresas listadas na B3. *Revista Universo Contábil*, 16(3). <https://doi.org/10.4270/RUC2020313>.
- Rouxelin, F., Wongsunwai, W., & Yehuda, N. (2018). Aggregate cost stickiness in GAAP financial statements and future unemployment rate. *The Accounting Review*, 93(3), 299-325. <https://doi.org/10.2308/accr-51939>.
- Secretaria do Tesouro Nacional. Ministério da Fazenda. (2019). *Manual de contabilidade aplicado ao setor público* 8. ed. https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::9:P9_ID_PUBLICACAO:31484.
- Secretaria Municipal de Saúde (2022a). *Dados*. <http://www.pmf.sc.gov.br/sites/psms/index.php?pagina=home&menu=0>.
- Secretaria Municipal de Saúde (2022b). *Territorilização*. <https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=territorializacao&menu=7&ubmenuid=154>.
- Shust, E., & Weiss, D. (2014). Discussion of asymmetric cost behavior - sticky costs: Expenses versus cash flows. *Journal of Management Accounting Research*, 26(2), 81-90. <https://doi.org/10.2308/jmar-10406>.
- SICONFI, Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro. (2022). *Relatório resumido da execução orçamentária (RREO) e balanço patrimonial*. https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/declaracao/declaracao_list.jsf.
- SIGTAP. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. (2021). *Tabela unificada*. <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.
- Souza, F. G., & Lima, J. M. A. C. (2019, setembro). *Normas brasileiras de contabilidade aplicadas ao setor público: um estudo das demonstrações contábeis das entidades do sistema S do estado de Pernambuco*. XIII Congresso UFPE de Ciências Contábeis – CONUCIC. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/SUCC>.
- Souza, F. R. de (2019). *Estrutura de custos rígida e seus reflexos nos sticky costs sob a ótica dos contratos*. (Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, Florianópolis, SC). <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/214750>.

- Subramaniam, C., & Watson, M. W. (2016). Additional evidence on the sticky behavior of costs. *Advances in Management Accounting*, 26, 275-305. <https://doi.org/10.1108/S1474-787120150000026006>.
- Tesouro Nacional Transparente. (2022). *Resultado do tesouro nacional – série histórica*. <http://www.tesourotransparente.gov.br/ckan/dataset/activity/resultado-do-tesouro-nacional>.
- Tribunal de Contas de Santa Catarina. (2022). *Portal do Cidadão. Limites constitucionais. Gastos com saúde. município de Florianópolis*. <http://servicos.tce.sc.gov.br/sic/homesic.php>.
- Tribunal Superior Eleitoral. (2022). *Divulgação de Candidaturas e Contas Eleitorais*. <https://divulgacandcontas.tse.jus.br/divulga/#/>.
- Uhr, J. G. Z., Schmechel, M., & Uhr, D. D. A. P. (2016). Relação entre saneamento básico no Brasil e saúde da população sob a ótica das internações hospitalares por doenças de veiculação hídrica. *Revista de Administração, Contabilidade e Economia da Fundace*, 7(2), 1-16. <http://dx.doi.org/10.13059/racef.v7i2.104>.
- Venn, D. (2009). *OECD social, employment and migration working papers n. 89*. Legislation, collective bargaining and enforcement: updating the OECD employment protection indicators. <https://doi.org/10.1787/1815199X>.
- Weiss, D. (2010). Cost behavior and analysts' earnings forecasts. *The Accounting Review*, 85(4), 1441-1471. <https://doi.org/10.2308/accr.2010.85.4.1441>.
- Werbin, E. M. (2011). Los costos pegadizos (sticky costs): una prueba empírica en bancos argentinos. *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión*, 7(14), 1-9.
- Wu, T. C., Young, C. S., Yu, C. C., & Hsu, H. T. (2019). Are governmental expenditures also sticky? evidence from the operating expenditures of public schools. *Applied Economics*, 52(16), 1763-1776. <https://doi.org/10.1080/00036846.2019.1678731>.
- Xu, J., & Sim, J. W. (2017). Are costs really sticky and biased? Evidence from manufacturing listed companies in China. *Applied Economics*, 49(55), 5601-5613. <https://doi.org/10.1080/00036846.2017.1316823>.
- Yang, G., Kuang, Y., & Li, B. (2020). Staying idle or investing in prevention: the short-term and long-term impact of cost stickiness on firm value. *China Journal of Accounting Studies*, 8(2), 298-329. <https://doi.org/10.1080/21697213.2020.1859251>.
- Yang, Y. (2018). Do accruals earnings management constraints and intellectual capital efficiency trigger asymmetric cost behaviour? evidence from Australia. *Australian Accounting Review*, 29(1), 1-16. <https://doi.org/10.1111/auar.12250>.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman.
- Yükçü, S., & Özkaya, H. (2011). Cost behavior in Turkish firms: are selling, general and administrative costs and total operating costs "sticky"? *World of Accounting Science*, 13(3), 1-28.

- Zhu, G., Hu, W., Peng, T., & Xue, C. (2021). The influence of corporate financialization on asymmetric cost behavior: weakening or worsening. *Journal of Business Economics and Management*, 22(1), 21-41. <https://doi.org/10.3846/jbem.2020.13634>.
- Zwanziger, J., & Melnick, G. A. (1988). The effects of hospital competition and the Medicare PPS program on hospital cost behavior in California. *Journal of Health Economics*, 7(4), 301-320. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(88\)90018-5](https://doi.org/10.1016/0167-6296(88)90018-5).

4 ESTUDO 3: *EMBEDDEDNESS* SOCIAL E FATORES EXPLICATIVOS DOS *COSTS STICKINESS* EM UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE

4.1 RESUMO

Com o objetivo de analisar como o *embeddedness* social da Nova Sociologia Econômica condiciona fatores explicativos dos *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde, este estudo mapeou a rede social das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Florianópolis e discutiu, de forma descritiva, como a relação de cada ator com as UBS condiciona o nível de tecnologia (dura, leve-dura ou leve) e o nível de especialização de pessoal. Para estruturar a rede, utilizou-se análise documental e da literatura, com validação e complemento de um especialista. Já a análise do condicionamento social, se deu por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado. Os resultados indicam que os fatores explicativos analisados são condicionados de diferentes maneiras pelos mais variados atores. Alguns possuem influência direta e proeminente, pois atuam como reguladores, ao normatizar, direcionar e instrumentalizar o trabalho e as políticas públicas. Outros, trazem reflexos em suas práticas e demandas, pois, ao dispor de unidades próprias e especializadas para encaminhamento e referência, as UBS não precisam gozar desses serviços e estrutura. Portanto, ainda que, indiretamente, por estarem imersas (*embeddedness*) em um contexto social amplo, as UBS, suas ações e comportamentos, incluindo os *costs stickiness*, são constantemente condicionados por este meio.

Palavras-chave: *Costs stickiness*. *Embeddedness*. Nova Sociologia Econômica (NSE). Social. Unidade Básica de Saúde (UBS).

4.2 INTRODUÇÃO

Os modelos de custo tradicionais presumem uma mudança proporcional e simétrica em resposta às flutuações ascendente ou descendente na demanda (Zanella, Oyelere, & Hossain, 2015). Contrariamente, estudos contemporâneos constataram que os custos aumentam mais quando há um aumento no volume de atividade, do que diminuem em resposta à sua redução em grau equivalente, ou seja, os custos são *sticky* – pegajosos ou grudentos em uma tradução literal (Anderson, Banker, & Janakiraman, 2003). Esse fenômeno é verificado, uma vez que recursos implementados podem ser difíceis, demorados ou custosos para serem descontinuados (Noreen & Soderstrom, 1997; Costa, Habib, & Bhuiyan, 2021). Posteriormente, verificou-se resultados inversos (*anti-sticky costs*), onde os custos reduzem mais para quedas no volume de atividade do que aumentam para acréscimos (Weiss, 2010).

Dada a comprovação de um comportamento assimétrico dos custos, que depende, além da magnitude, da direção de mudança no volume de atividade (Noreen & Soderstrom, 1997; Calleja, Steliaros, & Thomas, 2006; Banker & Byzalov, 2014), passou-se a teorizar o fenômeno *costs stickiness* (*sticky* ou *anti-sticky*) e expandir os estudos voltados à

compreensão de suas causas (fatores explicativos) e de seus efeitos (consequências) (Malik, 2012). Para Malik (2012) os estudos atuais centram-se na etapa de identificação de fatores explicativos (determinantes), pois, compreender as motivações desse comportamento pode munir os tomadores de decisão com informações úteis para a previsão de gastos e de ganhos, facilitar o gerenciamento e, assim, progredir para a análise das consequências.

Apesar da literatura sobre os fatores explicativos dos *costs stickiness* ter se expandido e evoluído nos últimos anos, Anderson e Lanen (2009) e Shust e Weiss (2014) afirmam que, para consolidação dessa etapa de análise, necessita-se de mais testes empíricos que explorem o que está por trás da ação e que investiguem meticulosamente os custos e as práticas de gerenciamento, ao particularizar as dinâmicas e as rotinas das instituições e de suas atividades. Isso porque, as verificações empíricas sobre esses fatores se limitam a testes de variáveis e inferências sobre suas possíveis motivações, porém, os condicionantes que levam a uma mesma ação/decisão podem ser diversos. Como exemplo, cita-se a retenção de recursos relativos à mão de obra, visto que a decisão de se abster de demissões ou de corte nos benefícios aos funcionários, pode derivar de razões como: manter a reputação e moral; não perder a produtividade; manter o nível de especialização; ou até mesmo devido à responsabilidade e consciência social da empresa (Guenther, Riehl, & Rößler, 2013).

Nesse sentido, Balakrishnan e Gruca (2008) aduzem que a utilização de dados financeiros, a fim de aplicar o modelo proposto por Anderson *et al.* (2003), permite um alto nível de observações, ainda mais com a utilização de diferentes variáveis/fatores em conjunto, conforme sugerido por Richartz e Borgert (2021). Contudo, ao optar por essa generalidade, perde-se em especificidade e profundidade. Já análises intraorganizacionais permitem maior detalhamento e compreensão da realidade institucional (Balakrishnan & Gruca, 2008). Por isso, Dalla Via e Perego (2013) sugerem a realização de mais pesquisas de campo, que explorem junto às empresas e aos tomadores de decisão o que condiciona, ou seja, o que está por trás dos fatores explicativos dos *costs stickiness*.

Cohen, Karatzimas e Naoum (2017), Bradbury e Scott (2018), Wu, Young, Yu e Hsu (2019), Campagnoni, Fabre, Borgert e Rover (2021) e Fabre (2021), ao transcender as análises dos *costs stickiness* para o contexto governamental, um ambiente diferenciado e ainda pouco explorado, apresentam diversas particularizações que alteram a percepção e as explicações do fenômeno, ao citar aspectos como: a opinião pública; os efeitos orçamentários; a natureza crítica dos serviços; as restrições institucionais; e as influências sociais. Contudo, apesar de discutirem essas possibilidades, as verificações empíricas continuam ao nível de

determinante/fator explicativo, sem adentrar em profundidade sobre suas origens ou decorrências.

Segundo Holzacker, Krishnan e Mahlendorf (2015), os estudos sobre *costs stickiness*, baseados nas teorias econômicas, seja no contexto público ou privado, mostram que as decisões de ajuste de recursos que, em última análise, se manifestam no comportamento assimétrico dos custos, são determinadas pelos custos de ajuste, pelos incentivos gerenciais e pelas expectativas individuais em relação à demanda futura. No entanto, sob a perspectiva sociológica, ações econômicas individuais, como as decisões de ajuste de custos, estão embutidas na estrutura social da organização e nem todas as instituições têm o mesmo nível de flexibilidade diante dessas decisões. Por isso, os autores ressaltam a necessidade de incorporar fatores econômicos e sociológicos, ao empregar uma perspectiva multiteórica para estudar as respostas das instituições frente às mudanças no ambiente e nas estruturas de custo.

Em vista disso, a Nova Sociologia Econômica (NSE) apresenta-se como uma alternativa às teorias econômicas clássicas e neoclássicas, ao presumir que as organizações agem no interior de um sistema de relações concretas e em permanente desenvolvimento (Granovetter, 1985). Assim, evita-se que ações e comportamentos econômicos sejam explicados de forma subsocializada, onde os atores se comportam e tomam decisões como átomos isolados, ou supersocializada, como se esses aderissem de forma servil a um roteiro pré-escrito, em função dos grupos sociais em que estão inseridos (Granovetter, 1985; Abramovay, 2004). Isso porque, a NSE incorpora o conceito de *embeddedness* social, que representa os diferentes contextos sociais onde a ação econômica ocorre e está enraizada ou imersa (Wilkinson, 2002; Lopes Júnior, 2002).

Granovetter (1985) traz o conceito de *embeddedness* para ilustrar o fato de que as ações econômicas (como toda ação) são socialmente situadas e se desenvolvem dentro de uma rede de relações sociais contínuas, a partir da qual constitui-se uma estrutura social. Ou seja, os indivíduos não agem por si só, visto que suas ações estão imersas em uma rede de relacionamentos, em que as informações são facilitadas e os comportamentos oportunistas são limitados (Raud-Mattedi, 2005). Assim, as transações organizacionais tornam-se resultado de influências institucionais não coordenadas, de ordem política, jurídica, econômica, cultural e pessoal, que se relacionam de forma mútua e recursiva (Steiner, 2006).

Segundo Machado e do Nascimento (2010), os estudos que operacionalizam o conceito de *embeddedness* da NSE, utilizam, de forma direta ou indireta, o mapeamento de redes, assim como sugerido por Granovetter, a fim de identificar quem está ligado a quem, para, a partir disso, analisar a imersão social.

Ao considerar esses pressupostos teóricos, verifica-se que, no contexto público, ações econômicas como, por exemplo, a retenção ou eliminação de recursos, que geram comportamentos econômicos específicos (*costs stickiness*), ganham mais legitimidade, pois os gestores precisam servir ao interesse de uma ampla rede, incluindo a comunidade local e as agências de governo (Bradbury & Scott, 2018; Nagasawa, 2018).

Dentre os serviços de competência governamental com forte influência social, pois, no Brasil, é considerado direito e garantia fundamental à população, está a promoção, proteção e recuperação da saúde (Lei n. 8.080, 1990). Nesse sentido, os mercados de saúde se destacam por sua natureza, visto que desempenham um papel ativo no provimento de atividades que se vinculam ao bem-estar e à subsistência da população. Diante disso, dados os diferentes atores e interesses presentes em sua rede social, que podem envolver, motivar ou induzir fatores que geram a assimetria de custos, este estudo objetiva **analisar como o *embeddedness* social da Nova Sociologia Econômica condiciona fatores explicativos dos *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde.**

Para tanto, na busca por maior especificidade e profundidade, conforme sugerido por Balakrishnan e Gruca (2008), com metodologias empregadas junto aos gestores, a fim de descrever e explorar com maior riqueza de detalhes as particularidades e a realidade organizacional, seguindo as recomendações de Anderson e Lanen (2009) e Dalla Via e Perego (2013), delimita-se a análise em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e para alguns fatores explicativos. Dentre os fatores explicativos próprios de UBS analisados no Estudo 2, verifica-se especial particularização no “nível de tecnologia” e no “nível de especialização de pessoal”. Isso porque, são fatores pouco explorados empiricamente pela literatura dos *costs stickiness*, que se vinculam a uma variedade maior de atores da rede social e que se apresentam de forma distinta e específica para esse contexto.

Quanto ao nível de tecnologia, os estudos costumam abordar essa temática de forma indireta, apenas citando suas possíveis influências (Anderson & Lanen, 2009; Abu-Serdaneh, 2014) ou associando-o a outras variáveis, em especial o nível de imobilização e, conseqüentemente, a parcela de custos fixos e variáveis (Kallapur & Eldenburg, 2005; Argilés-Bosch & Blandón, 2011; Subramaniam & Watson, 2016). Contudo, na saúde, em especial na atenção primária, o conceito de tecnologia não é tão reducionista ou simplista como muitas vezes observado, compreendendo, também, os saberes constituídos para a geração e utilização de produtos e para organização das relações humanas e de trabalho (Merhy, 1997). Além disso, a densidade tecnológica é um fator de destaque na saúde pública, servindo, inclusive, para segregação dos níveis de atenção (Bleicher & Bleicher, 2016). Para o

nível de especialização de pessoal, a literatura dos *costs stickiness*, também, se limita a possíveis inferências, sem análises mais profundas. Isso porque, é utilizado como argumento para diferenciar resultados entre setores (Balakrishnan & Gruca, 2008) ou como exemplificação para justificar a decisão deliberada dos gestores e os altos custos de ajuste (Hoffmann, 2017). Ademais, a opção por esses fatores deriva da associação entre eles e em relação a outros fatores explicativos, como tamanho, capacidade de atendimento e estrutura de custos.

A importância desse conhecimento respalda-se e diferencia-se em dois pontos centrais: (i) a análise dos condicionantes, ou seja, o que está por trás dos fatores explicativos dos *costs stickiness*; e (ii) a inclusão da perspectiva social. A compreensão dos condicionantes contribui para o aprofundamento e consolidação teórica do tema, uma vez que os estudos atuais, em sua maioria, apresentam apenas inferências sobre as possíveis motivações relativas a cada fator, sem verificá-las junto às instituições. Assim, pode-se ter uma compreensão diferenciada e complementar, com maior profundidade e detalhamento. Além disso, esse conhecimento pode direcionar tomadores de decisão, que passam a considerar diferentes perspectivas sobre as ações e fatos relativos à gestão pública de saúde. Para Wu *et al.* (2019), avaliar os gastos governamentais e os fatos que levam à rigidez dos custos, incluindo critérios econômicos e não econômicos, podem auxiliar, também, na supervisão, na melhoria de qualidade das auditorias e na eficiência operacional e financeira.

Outra contribuição, diz respeito à união de temáticas, uma vez que os *costs stickiness* passam a ser analisados sob a ótica da NSE, considerando-o como um comportamento econômico, originado por ações econômicas (fatores explicativos) que estão *embeddedness* (imbricadas/imersas/enraizadas) em um contexto social. Cabe destacar que, apesar de sua relevância, a perspectiva social ainda é pouco explorada na literatura dos *costs stickiness*, em especial em análises empíricas, visto que apenas são debatidas como possíveis fundamentos para esse comportamento (Guenther *et al.*, 2013). Porém, compreender essas redes possibilita a visualização dos múltiplos interesses sociais, pessoais, econômicos ou regulatórios, que podem condicionar os fatores explicativos e, conseqüentemente, o comportamento assimétrico dos custos.

4.3 REFERENCIAL TEÓRICO

A literatura sobre os fatores explicativos dos *costs stickiness* tem evoluído nos últimos anos. A busca por variáveis que expliquem o comportamento assimétrico dos custos resulta numa listagem de possibilidades, comprovadas em diversos países e contextos (Richartz &

Borgert, 2021). Esses fatores tem sido relacionados às características dos países e dos mercados (Calleja *et al.*, 2006; Banker, Byzalov, & Chen, 2013; Balakrishnan, Labro, & Soderstrom, 2014); das empresas ou setores (Anderson *et al.*, 2003; Balakrishnan & Gruca, 2008; Holzhacker *et al.*, 2015); às expectativas dos gestores sobre a demanda futura e à incerteza da demanda (Banker, Byzalov, & Plehn-Dujowich, 2011; Banker & Byzalov, 2014); ou aos incentivos gerenciais e às características pessoais dos gestores (Chen, Lu, & Sougiannis, 2012; Kama & Weiss, 2013). A maioria desses estudos considera esses fatores como uma decorrência de perspectivas econômicas ou pessoais (Chen *et al.*, 2012; Reis, 2019), o que acaba negligenciando a perspectiva social, que ainda é pouco explorada na literatura.

Contudo a análise dos fatores explicativos dos *costs stickiness* não pode desconsiderar o fato de que toda a ação econômica, que dá origem a comportamentos econômicos específicos, está *embeddedness*, ou seja, imersa/enraizada em um contexto social, que pode condicioná-la de diferentes maneiras. Esse é o pressuposto da Nova Sociologia Econômica (Granovetter, 1985), a qual é discutida em maior detalhe a seguir.

4.3.1 Nova sociologia econômica (NSE)

A Sociologia Econômica estuda os fatos econômicos considerando-os como fatos sociais (Steiner, 2006). Suas origens remontam ao século XIX, surgindo em reação à hegemonia da teoria econômica marginalista (Raud-Mattedi, 2005; Steiner, 2006). Nesse período destacaram-se teóricos como Max Weber, Émile Durkheim, Georg Simmel, Karl Polanyi e Vilfredo Pareto, que buscavam “denunciar os pressupostos teóricos e metodológicos de uma ciência social que se reivindica independente do meio social” (Raud-Mattedi, 2005, p. 127). Isso porque, grande parte da tradição utilitarista, inclusive a economia clássica e a neoclássica, tinha como pressuposto o comportamento racional e de interesse pessoal, minimamente afetado pelas relações sociais (Granovetter, 1985). Assim, a Sociologia Econômica surgiu para trazer explicações alternativas à economia política (Machado & do Nascimento, 2010), sendo definida como a “aplicação de ideias, conceitos e métodos sociológicos aos fenômenos econômicos” (Swedberg, 2004, p. 7). Contudo, sem a finalidade de substituir a economia, mas sim de complementá-la (Raud-Mattedi, 2005).

Historicamente, a Sociologia Econômica passou por um período de diminuição dos temas propostos e investigados por seus precursores, ao assumir que a sociologia e a economia deveriam ser entendidas como partes (subsistemas) de uma teoria geral dos sistemas sociais (Steiner, 2006). A partir de 1980 houve uma retomada das concepções

iniciais e fortalecimento do campo, impulsionado, em especial, pelo estudo de Mark Granovetter (1985), intitulado “*Economic action and social structure: the problem of embeddedness*”, onde o autor analisa como a ação econômica está inserida (*embeddedness*) nas estruturas das relações sociais, sendo que esse entendimento se tornou a base da Nova Sociologia Econômica (NSE)²⁹.

Em seus estudos de 1973 e 1983, Granovetter já havia trazido perspectivas alternativas, ao propor a análise do padrão das conexões existente entre os indivíduos, que envolve o grau de coesão das redes e fluxo de recursos entre eles (como dinheiro, afeto, informação). O autor sugeriu que, quanto mais fortes são os vínculos em suas redes, os indivíduos tomam decisões mais consistentes. Porém, encontrou resultados que demonstram que laços fracos mais numerosos, também, podem ser importantes na busca por informação e inovação. Assim, o estudo de 1985 fortaleceu essas concepções e fez com que o autor fixasse o conceito de *embeddedness* social, dando ênfase à necessidade de se compreender as estruturas sociais para entender as origens das ações econômicas (Granovetter, 1985).

Para justificar a importância desse conceito, Granovetter (1985) enfatiza que essa perspectiva pode evitar as visões subsocializada (*undersocialized*) e supersocializada (*oversocialized*) da ação humana. Segundo Machado e do Nascimento (2010) a perspectiva subsocializada, cuja ênfase é dada por economistas, pressupõe que, ao tomar decisões, os indivíduos não levam os outros em consideração, preocupando-se apenas consigo mesmo e seus interesses. Já a perspectiva supersocializada, que advém da visão dos sociólogos, considera que a sociedade tem grande peso para o ator, assim, os valores e normas são

²⁹ Granovetter (1985) defende uma posição de ruptura entre a nova e a velha sociologia econômica, onde a velha aceita o postulado de que os indivíduos são atomizados e na NSE os indivíduos são envolvidos em interações através de estruturas específicas. Já Steiner (2006), apesar de mencionar diferentes características e fases do processo evolutivo, defende que a NSE não seria tão nova assim, pois guarda semelhanças essenciais com a Sociologia Econômica Clássica. Essa divergência de pensamento, gera outra incompatibilidade literária, pois o argumento de Granovetter (1985) para essa ruptura está, justamente, no sentido de imbricamento (*embeddedness*), sendo que muitos autores atribuem esse conceito ao próprio autor. Contudo, há, também, literaturas dentro do subdomínio, que reivindicam a linhagem direta desse conceito à Karl Polanyi (Krippner, 2002), haja vista que Granovetter (1985, p. 482) reconhece que “a perspectiva de *embeddedness* está associada à escola ‘substantivista’ na Antropologia”, a qual é representada especialmente por Polanyi. Segundo Campos e Silva (2020), Granovetter retornou esse conceito e aprofundou as análises polanyianas ao deslocá-las de interpretações puramente históricas para observações empíricas dos fenômenos na sociedade moderna. Já Machado e do Nascimento (2010, p. 75) afirmam que “o termo é utilizado de maneira bastante diferente” pelos autores e “não fazer essa distinção pode gerar problemas nas análises e interpretações dos dados”. Granovetter “não deixa explícito sua definição, mas pode-se dizer que para ele *embeddedness* são as redes de relacionamento nas quais o indivíduo está inserido”, já Polanyi utiliza o termo como o “enfraquecimento dos limites dos processos sociais, juntando assim fatores econômicos com não econômicos” (Machado & do Nascimento, 2010, p. 71). Apesar de reconhecer essas divergências, este estudo não objetiva posicionar-se sobre a apropriação de conceitos a diferentes autores, tampouco sobre a existência ou não de rupturas evolutivas, mas sim usufruir-se de seus conceitos e elementos, em especial a abordagem de *embeddedness* da NSE, representada por Granovetter.

interiorizados e “o indivíduo será influenciado por aquilo que acredita, existindo uma razão social para poder tomar suas decisões” (Machado & do Nascimento, 2010, p. 71).

Diante dessas visões extremas, ambas prevendo a atomização humana, Granovetter propõe uma teoria meso, ou seja, uma terceira dimensão entre esses dois pontos. Para ele, os atores não tomam decisões de forma atomizada, visto que os indivíduos estão imersos em uma rede de relacionamentos, sendo que a ação econômica é influenciada e não individualizada ou autorregulada. Portanto, as relações sociais não são externas ao comportamento dos indivíduos (Machado & do Nascimento, 2010). Uzzi (1997, p. 64) corrobora, ao afirmar que as relações atomísticas ocupam uma área restrita da vida econômica e as “transações críticas das quais as empresas mais dependem estão inseridas em redes de relações sociais que produzem resultados positivos e únicos, difíceis de imitar por outros meios”. A Figura 17 traz uma exemplificação dessas diferentes perspectivas.

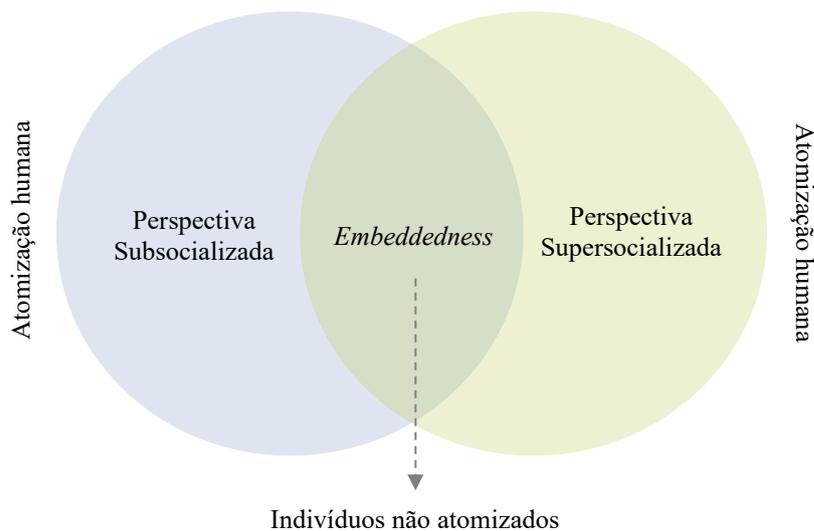


Figura 17. *Embeddedness* e as perspectivas sub e supersocializada

Fonte: Elaborado pela autora com base em Machado e do Nascimento (2010).

Para Machado e do Nascimento (2010, p. 72) a proposta de *embeddedness* apresentada por Granovetter, considera que “mesmo quando os mercados são impessoais, de alguma forma eles estão imersos [...], sendo colocados em um processo social”. Assim, com o pressuposto de os indivíduos e as instituições estarem envolvidos em interações através de estruturas específicas, o conceito de *embeddedness* adquire relevância nos estudos de mercado, dado o impacto dessas relações, bem como dos conhecimentos, crenças, normas, regras e validações, que são resultado de ações coletivas e de colaboração/interação entre os atores econômicos (Granovetter, 1985; Szántó, 1995; Wanderley, 2002; Campos & Silva, 2020). A partir disso, desenvolveram-se estudos que analisam as influências dessas estruturas

e de suas características em relação a diversos fatores como, por exemplo: transferência/difusão de conhecimento (Reagans & McEvily, 2003; Sacomano Neto & Truzzi, 2009); migração de empresas (Romo & Schwartz, 1995); desempenho econômico (Uzzi, 1997; Simsek, Lubatkin, & Floyd, 2003); e criação de mecanismos de controle (Sacomano Neto & Truzzi, 2009).

Nesses estudos, assim como a maioria das pesquisas empíricas sobre *embeddedness*, parte-se da análise da estrutura e das relações existentes na rede social. Isso porque, Granovetter (1985), ou seja, o próprio autor seminal, propõe a compreensão do agir social, no qual o agir econômico está enraizado, no contexto de redes sociais. Para ele, ao partir do conceito de construção social da economia, é nas redes de relações interpessoais que a maior parte do comportamento está enraizado, uma vez que cada situação é determinada pelos detalhes da estrutura social e boa parte das decisões são tomadas com base nos conhecimentos acumulados pelos indivíduos ao longo desses relacionamentos. Assim, “as relações sociais, mais do que dispositivos institucionais ou de moralidade generalizada, são as principais responsáveis pela produção de confiança na vida econômica”. Além disso, a ordem e a desordem, a honestidade e a má-fé, estão mais relacionadas com a estrutura das relações sociais do que com a forma organizacional (Granovetter, 1985, p. 491).

Uzzi (1997) ratifica essa visão metodológica, ao arguir que o primeiro passo lógico na análise do *embeddedness* é especificar as dimensões das relações embutidas e os mecanismos pelos quais elas influenciam a ação econômica. Para Smith-Doerr e Powell (1994) e Marteleto (2001), o conjunto dessas relações (ou laços) compõe uma rede, que visa unir ideias e recursos em torno de valores e interesses conjuntos ou compartilhados, sendo que cada laço tem conteúdo e forma próprios. Portanto, a análise de redes busca caracterizar o sistema formado por vínculos diretos e indiretos entre os atores, sejam eles indivíduos ou instituições, ao demonstrar as formas de interação social que colocam esses atores em contato (Steiner, 2006).

Cabe destacar que a estrutura formal desses relacionamentos pode ser rastreada por meio de organogramas, mas nem todos os laços sociais são refletidos nessas estruturas (Granovetter, 1985). Para Hite, Williams e Baugh (2007) há uma rede informal de relacionamentos que não é tão facilmente discernida. Porém, compreender a estrutura e o conteúdo geral dessas redes fornece uma perspectiva ampla sobre a complexidade inerente às organizações, além de facilitar a identificação de causas de gargalos ou falhas organizacionais, sugerir novas soluções para melhorar a capacidade, facilitar reformas nas atividades e destacar infraestruturas úteis ou insuficientes (Hite *et al.*, 2007).

Para operacionalizar a análise de redes, geralmente, os estudos utilizam abordagens caracterizadas como vertentes da Teoria de Redes (Gobbo, 2016). Para tanto, mesmo com variações quanto à nomenclatura, verificam conceitos como: **pontos focais ou nós** (Britto, 2002; Sacomano Neto & Truzzi, 2009); **centralidade** (Wasserman & Faust, 1994; Wanderley, 2002; Sacomano Neto & Truzzi, 2004; Gonzalez-Brambila, Veloso, & Krackhardt, 2013; Gobbo, 2016); **distância** (Wanderley, 2002)³⁰; **densidade** (Wasserman & Faust, 1994; Sacomano Neto & Truzzi, 2004; Sacomano Neto & Truzzi, 2009; Gonzalez-Brambila *et al.*, 2013; Gobbo, 2016) também denominada **alcance** (Reagans & McEvily, 2003); **coesão** (Wasserman & Faust, 1994; Reagans & McEvily, 2003; Sacomano Neto & Truzzi, 2004; Sacomano Neto & Truzzi, 2009); **ligações, fluxos ou conectividade** (Britto, 2002; Wanderley, 2002; Sacomano Neto & Truzzi, 2009; Gonzalez-Brambila *et al.*, 2013); **buracos estruturais** (Gonzalez-Brambila *et al.*, 2013; Gobbo, 2016); **equivalência estrutural** (Wasserman & Faust, 1994; Sacomano Neto & Truzzi, 2004); e **autonomia estrutural** (Wasserman & Faust, 1994; Sacomano Neto & Truzzi, 2004).

A partir disso, autores como Meltzer *et al.*, (2010), Burt *et al.* (2012), Cheong, Armour e Bosnic-Anticevich (2013), Gobbo (2016) e Amaral e Bosi (2017), trazem a concepção do *embeddedness* social para os mercados de saúde. Esses estudos possuem diferentes objetivos, mas utilizam técnicas semelhantes, geralmente, combinando análises quantitativas e qualitativas. A vertente quantitativa se utiliza de modelagem, ferramentas estatísticas e *softwares*, com vistas a identificar muitos dos conceitos supracitados, enquanto a qualitativa utiliza-se, principalmente, de análises descritivas (Gobbo, 2016). Além disso, alguns estudos têm maior ênfase na abordagem sociológica, outros apenas mencionam a Teoria de Redes e, apesar de assumir que estas estão imersas (*embeddedness*) em um contexto social, não citam a NSE. Contudo, todos trazem inferências importantes que direcionam as análises sobre as estruturas e os relacionamentos sociais.

Cabe destacar que, quando se fala em saúde, há um conceito de redes diferente das proposições metodológicas da NSE, conforme abordado na sequência.

4.3.2 Redes de atenção à saúde (RAS)

De acordo com o Anexo da Portaria n. 4.279 (2010), que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema Único de Saúde

³⁰ A centralidade e a distância são medidas de “posição”, cujo conceito é apresentado por Britto (2002) e Sacomano Neto e Truzzi (2009)

(SUS), esta é definida como “arranjos organizativos de 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”. A própria Constituição da República Federativa do Brasil (1988, artigo 198), já prevê que as ações e os serviços públicos de saúde deveriam integrar “uma rede regionalizada e hierarquizada” e constituir um “sistema único organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade”. Portanto, o conceito de RAS diferencia-se do conceito de redes sociais advindo da NSE, estando muito mais focada em estabelecer os atores/instituições, a fim de organizar e segregar suas responsabilidades, serviços e ações, como forma de garantia ao atendimento. Ainda assim, através de seu mapeamento e análise de suas características, é possível visualizar diferentes condicionantes sociais nos quais as ações econômicas de saúde estão enraizadas (*embeddedness*).

A RAS tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica (Portaria n. 4.279, 2010). Portanto, a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na RAS (Decreto n. 7.508, 2011, artigo 20).

Segundo Mendes (2011, p. 82), “com base nas concepções mais gerais contidas nas teorias de redes, em vários campos, [...] agregando características operacionais temáticas, pode-se definir as RAS como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde”, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária em Saúde (APS). Portanto, segundo o autor, a concepção de hierarquia mencionada na Constituição é substituída pela concepção de poliarquia (ou redes em malha) e o sistema passa a se organizar sob a forma de uma rede horizontal. Assim, não há ordem nem grau de importância entre os pontos de atenção à saúde e seus sistemas de apoio, diferenciando-se apenas pelas densidades tecnológicas que os caracterizam. Dessa forma, cada nó se liga a vários outros, permitindo-se percorrer caminhos variados, de forma que os diversos ramos estejam interconectados (Mendes, 2011).

Conforme mencionado, a concepção vigente na normativa do SUS e na própria Constituição, é a de um sistema hierárquico, piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção, onde, a base é a APS, seguida da atenção secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade). Porém, segundo Mendes (2011, p. 83), essa hierarquização, com sobrevalorização – consciente ou inconscientemente – dos demais níveis em detrimento à APS, torna-se uma falácia, ao passo que “não é verdade que a APS

seja menos complexa”. Isso porque, considerando-se o conceito amplo de tecnologia (Merhy, 1997), conforme será discutido em maior detalhe no tópico a seguir, Mendes (2011) menciona que os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade, mas não de maiores complexidades, pois é na APS que se situa a clínica mais ampliada, que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde, ofertando tecnologias relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida, os quais, na prática, são mais complexos. Portanto, essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por “redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais” (Mendes, 2011, p. 84). Essa transição é demonstrada na Figura 18.

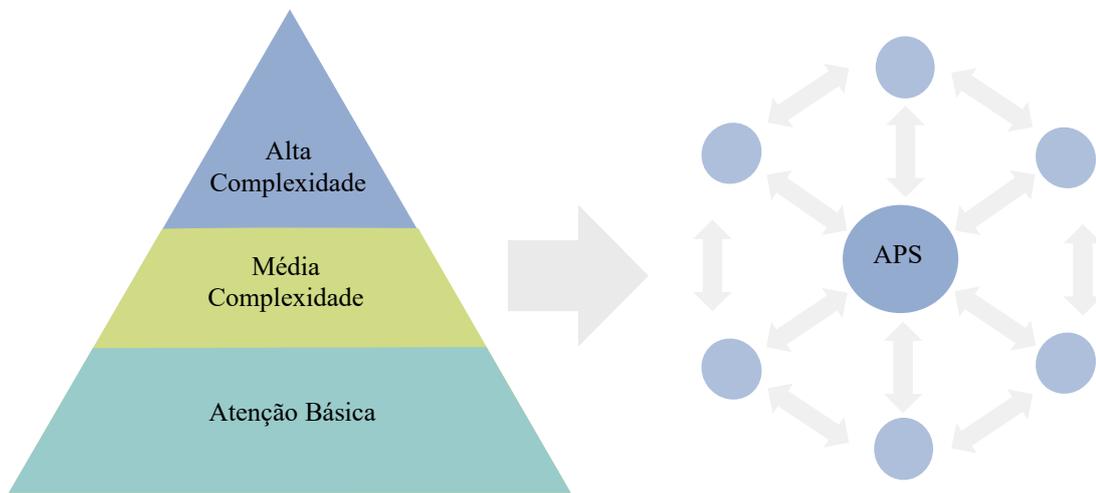


Figura 18. Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as RAS

Fonte: Mendes (2011).

Em consonância com essa proposta, a Portaria n. 4.279 (2010) afirma que as RAS se caracterizam pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica, ou seja, APS, como o centro de comunicação. Entende-se por pontos de atenção os espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Além disso, essas redes se configuram “pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, e pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos”.

Ainda de acordo com a Portaria n. 4.279 (2010), a operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos, quais sejam: população/região de saúde;

estrutura operacional; e sistema lógico de funcionamento, determinado pelo modelo de atenção à saúde.

- **População e Região de Saúde:** para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. As regiões de saúde, ou seja, “espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados”, devem ser bem definidas, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, a fim de garantir o tempo/resposta necessário ao atendimento, além de melhorar a proporção na estrutura/população/território e a viabilidade operacional sustentável (Portaria n. 4.279, 2010). Para Mendes (2011) o conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos, com ações como: territorialização; cadastramento e vinculação das famílias à unidade de APS / equipe do Programa de Saúde da Família, com classificação por riscos socio sanitários; e a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos, incluindo aquelas com fatores de risco e com condições de saúde muito complexas.
- **Estrutura Operacional:** “é constituída pelos diferentes pontos de atenção, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam”. Os componentes que estruturam as RAS incluem: (i) APS, que são os centros de comunicação; (ii) os pontos de atenção secundária e terciária; (iii) os sistemas de apoio; (iv) os sistemas logísticos; e (v) o sistema de governança (Portaria n. 4.279, 2010). Para Mendes (2011), os três primeiros componentes correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que os comunicam, conforme observado na Figura 19.

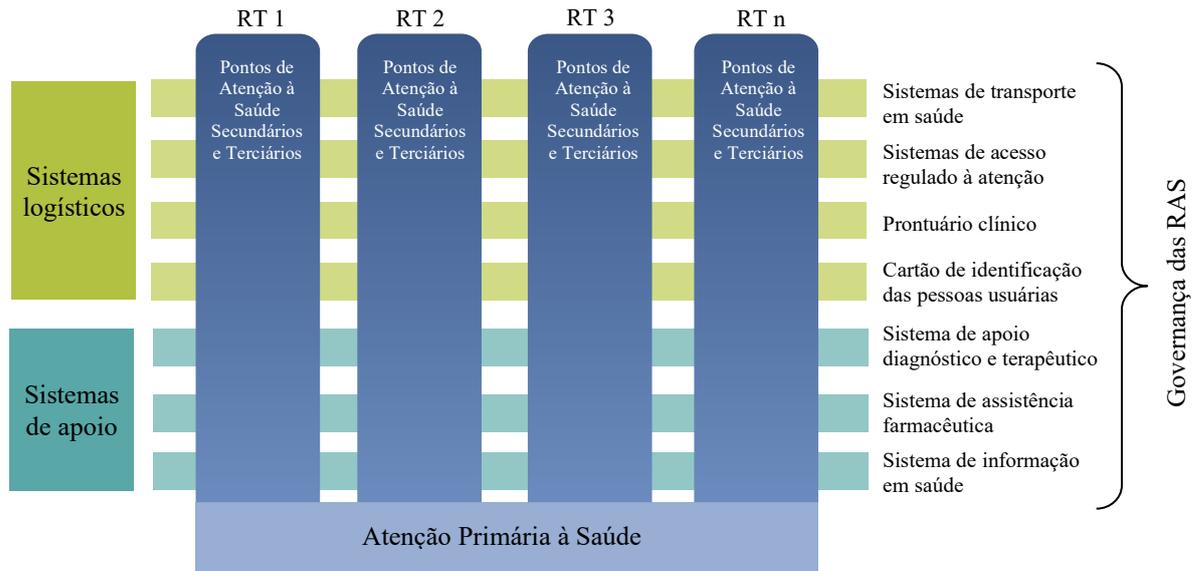


Figura 19. Estrutura operacional das RAS

Fonte: Mendes (2011).

Oliveira (2016, p. 34) complementa, ao afirmar que o centro de comunicação, constituído pela APS, é o “nó intercambial no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde”. Portanto, além de desempenhar ações de saúde, também, deve fazer a ligação entre os demais pontos de atenção, de modo a garantir a integralidade e continuidade do cuidado aos usuários.

As estruturas de atenção secundárias e terciárias são os pontos da rede nos quais se ofertam serviços especializados, que servem de apoio à APS (Oliveira, 2016). Eles se distribuem, espacialmente, de acordo com o processo de territorialização, ou seja, “os pontos de atenção secundária nas microrregiões sanitárias e os pontos de atenção terciária nas macrorregiões sanitárias” (Mendes, 2011, p. 100). Também, se articulam em função de diferentes densidades tecnológicas, onde os pontos de atenção secundária compõem o nível de atenção secundária (média complexidade) e os pontos de atenção terciária integram o nível de atenção terciária (alta complexidade) (Mendes, 2011; Oliveira, 2016). Assim como Mendes (2011), Oliveira (2016) reforça que os pontos de atenção terciários são tecnologicamente mais densos, mas não há entre eles relação de principalidade ou subordinação, visto que constituem uma rede poliárquica. Os “sistemas de apoio, são os lugares institucionais em que se realizam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde”, constituindo-se dos seguintes campos: (i) diagnóstico e terapêutico (diagnóstico por imagem, medicina nuclear, eletrofisiologia, endoscopias, hemodinâmica e patologia clínica); (ii) assistência farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de

medicação, ações assistenciais, farmácia clínica, e farmacovigilância); e (iii) sistemas de informação (mortalidade, nascidos vivos, agravos de notificação compulsória, informações ambulatoriais e hospitalares e atenção básica)³¹ (Oliveira, 2016, p. 35).

Segundo Oliveira (2016), o quarto componente, ou seja, os sistemas logísticos, são soluções tecnológicas fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, voltadas para promover a eficaz integração e comunicação entre pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio, o que condiz com a perspectiva de Mendes (2011). Esses sistemas incluem: cartão de identificação das pessoas usuárias (Cartão Nacional do SUS); prontuário clínico; sistemas de acesso regulado à atenção; e sistemas de transporte em saúde (Oliveira, 2016).

Já o sistema de governança, refere-se ao arranjo organizativo que envolve diferentes atores, estratégias e procedimentos, e permite a gestão de todos os componentes das redes de forma compartilhada e interfederativa, devendo ser realizada pelas Comissões Intergestores: tripartite (no âmbito federal); bipartite (no âmbito estadual) e regionais (nas regiões de saúde) (Oliveira, 2016).

- **Modelo de Atenção à Saúde:** trata-se de um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, pois articula, 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, os quais são definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais de saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. No SUS, a Estratégia Saúde da Família representa o principal modelo para a organização da APS (Portaria n. 4.279, 2010; Mendes, 2011). No Anexo da Portaria n. 4.279 (2010) atenta-se que, para a implantação das RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS. Isso porque, “o modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas”. Portanto, necessita-se de uma organização que “construa a intersetorialidade para a promoção da saúde,

³¹ Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA SUS); Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH SUS); Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (Oliveira, 2016).

contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas”.

Com isso em vista e a partir do referencial na Portaria n. 4.279 (2010), foram discutidas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), cinco redes temáticas prioritárias, que devem se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações (Ministério da Saúde, 2022c). Essas redes estão dispostas na Tabela 10, juntamente a descrição alguns atos normativos vinculados.

Tabela 10

Redes temáticas prioritárias de saúde

Rede temática	Atos normativos
Rede Cegonha (RC)	Portaria n. 1.459 (2011); Portaria n. 2.351 (2011); Portaria n. 650 (2011); Portaria GM/MS n. 715 (2022) ³² .
Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)	Portaria n. 1.600 (2011); Portaria n. 1.601 (2011); Portaria n. 1.010 (2012); Portaria n. 963 (2013).
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Portaria n. 3.090 (2011); Portaria n. 3.089 (2011); Portaria n. 3.088 (2011); Portaria n. 122 (2011); Portaria n. 121 (2012); Portaria n. 123 (2012); Portaria n. 131 (2012); Portaria n. 132 (2012); Portaria n. 148 (2012).
Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD)	Portaria n. 793 (2012); Portaria n. 835 (2012).
Rede de Atenção à Pessoa com Doenças e Condições Crônicas (RPDC)	Portaria n. 483 (2014).

Fonte: Elaborado pela autora com base em Ministério da Saúde (2022c).

Cabe destacar que, apesar dessas redes temáticas prioritárias serem estabelecidas por atos normativos, grande parte das ações e, portanto, muitas de suas estruturas, têm decorrência prática. Ou seja, muitos dos serviços e dos atores vinculados a cada rede já existiam, em função da demanda populacional e da iniciativa de gestores locais, contudo, as normatizações contribuem para formalizar, orientar, instrumentalizar, especificar atribuições, delimitar responsabilidades e definir fontes de financiamento e formas de transferência de tecnologia e de outros recursos. Assim, seu estabelecimento formal pode afetar a *proxy* de financiamento, ao passo que influencia o repasse e as coparticipações, o que, em última instância, se refletem nas estruturas de custo.

³² A Portaria GM/MS n. 715 (2022) instituiu a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), uma reestruturação da rede de assistência à gestante e ao bebê. A RAMI incorpora a Rede Cegonha, fortalece os componentes que já existiam e cria novos. Contudo, como este estudo se refere a períodos anteriores, mantem-se a terminologia e as considerações teóricas e práticas vigente na época, ou seja, da Rede Cegonha (RC).

Além disso, todas essas redes são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde, conforme representado na Figura 20 (Ministério da Saúde, 2022c).

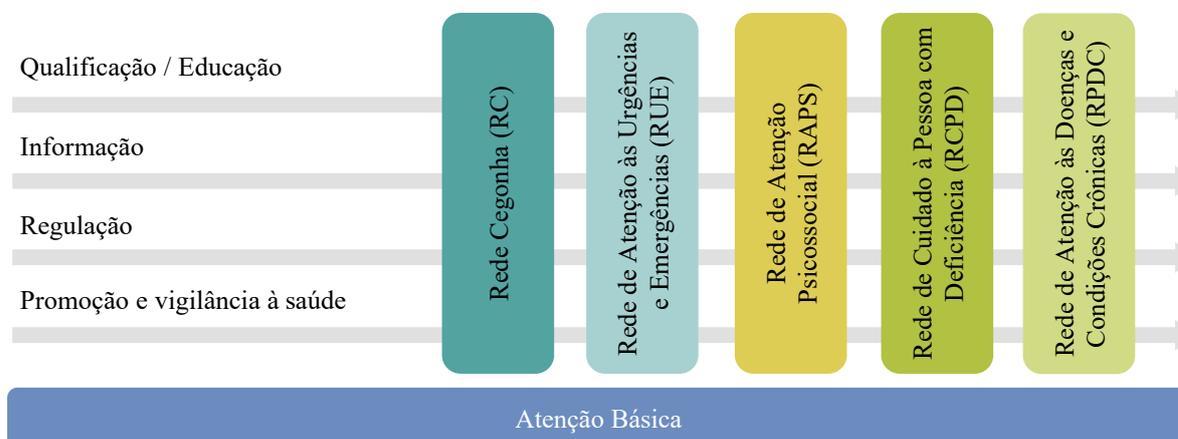


Figura 20. Redes temáticas de atenção à saúde prioritárias

Fonte: Elaborado pela autora com base no Ministério da Saúde (2022c).

Além disso, na conformação das redes temáticas, as normativas buscam identificar seus componentes e suas formas de articulação e delimitar as fases para sua implementação, sendo que os passos necessários para o cumprimento dessas etapas são imprimidos em portarias específicas (Ministério da Saúde, 2022c). No que tange aos componentes de cada rede temática prioritária, o relatório ministerial relativo à sua implantação (Ministério da Saúde, 2014), traz as seguintes definições:

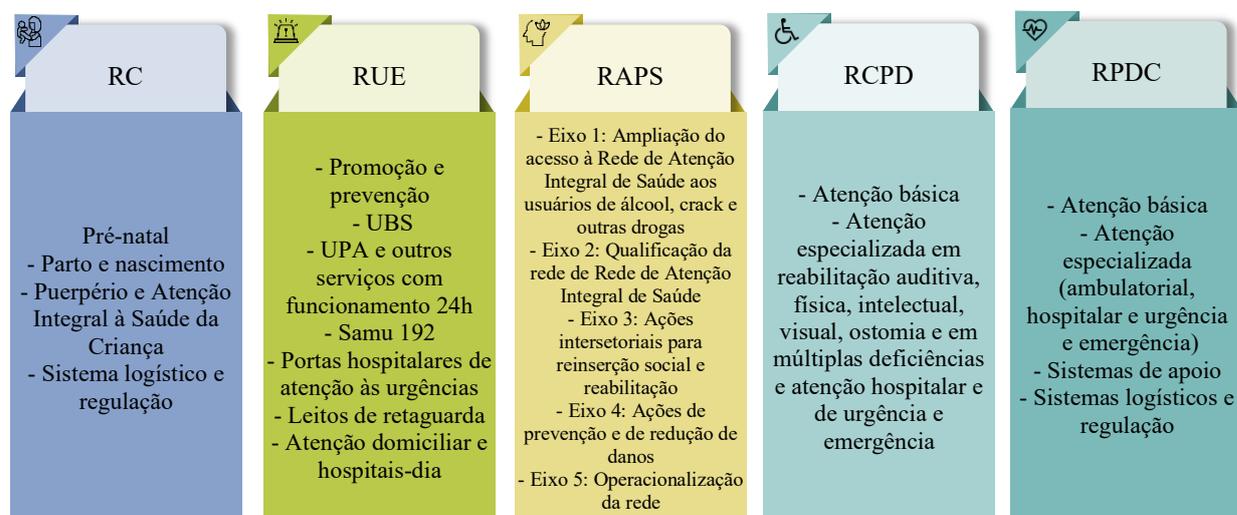


Figura 21. Componentes das redes temáticas de atenção à saúde prioritárias

Fonte: Elaborado pela autora com base no Ministério da Saúde (2014).

A partir dos componentes definidos na estrutura operacional (Figura 19) e vinculados às redes temáticas prioritárias, considerando seus desdobramentos institucionais e elementos complementares, é possível mapear a rede social das UBS e, partir disso, analisar como seu *embeddedness* social condiciona fatores explicativos dos *costs stickiness*.

4.3.3 Fatores explicativos dos *costs stickiness*

No Estudo 2 foram investigados fatores explicativos do comportamento *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde, mais especificadamente em unidades básicas (UBS). Dos 29 fatores examinados todos demonstraram alguma ligação com o comportamento dos custos, sendo que as maiores variações, em relação às proposições teóricas, se deram nas variáveis que os representam. Isso porque, as particularidades e as características dessa atividade e de seu contexto influenciam a forma de se observar, mensurar e interpretar fatores explicativos já referenciados.

Dentre esses fatores, destacam-se o nível de tecnologia e o nível de especialização de pessoal, pois são critérios constantes na literatura de gestão de custos em saúde e não, necessariamente, na literatura de *costs stickiness*. Apesar de serem citados por alguns autores da área, não foram testados empiricamente, tampouco, discutidos de forma mais abrangente. Além disso, ao considerar o contexto (saúde pública, com enfoque na atenção primária), ambos se diferenciam e possuem especial particularização em relação aos argumentos apresentados quando vinculados ao comportamento assimétrico dos custos.

Por fim, destaca-se que esses fatores permitem a vinculação e a análise junto a um número maior de atores sociais, expandindo os debates ao longo da rede, o que, também, contribuiu para essa delimitação. Outros fatores, apesar de serem expressivos e pontuados de forma recorrente para explicar o fenômeno, restringem-se a atores sociais específicos, sendo condicionados por um número limitado de relações. Por sua vez, o nível de tecnologia e o nível de especialização de pessoal, apesar de se direcionarem a alguns atores, podem expandir esse leque, sendo explorados por outros pontos da rede, como, por exemplo, os centros de pesquisa e as universidades.

4.3.3.1 *Nível de tecnologia*

A literatura aponta que o incremento de tecnologia e a inovação elevam a parcela de custos fixos das organizações (Barra, Nascimento, Martins, Albuquerque, & Erdmann, 2006), o que contribui para sua rigidez/grudência e, conseqüentemente, dificulta seu ajuste quando

da redução do volume de atividade, o que tende a inferir maior assimetria de custos (Richartz & Borgert, 2021). Todavia, esse argumento é pautado na concepção de que as tecnologias se refletem na imobilização de ativos e, portanto, elevam a parcela de custos fixos (Kallapur & Eldenburg, 2005; Argilés-Bosch & Blandón, 2011; Subramaniam & Watson, 2016).

Como exemplo, cita-se o estudo de Argilés-Bosch e Blandón (2011), que ao analisar a flexibilidade e a assimetria dos custos em 170 fazendas catalãs, ressaltam a influência do nível tecnológico no comportamento de custos, porém, o analisam segundo características da atividade, como: tipo de cultura (permanente ou extensiva), atividade desenvolvida (produção granívora ou laticínios e matéria seca) ou o tipo de terreno (montanhoso, zona menos favorecida ou normal). Contudo, os debates relativos a esses critérios remetem, tão somente, a parcela de custos fixos, que reflete as diferentes demandas de deslocamento, manuseio, armazenamento, consumo de energia, depreciação e outros.

Anderson e Lanen (2009) apesar de não testarem diretamente essa variável, trazem diversas inferências sobre os fatores tecnológicos, mas, também, se limitam à perspectiva de ativo fixo (imobilizado). Os autores destacam a necessidade de se considerar escolhas prévias de tecnologia discricionária na elaboração de uma resposta adequada às mudanças de demanda, pois “empresas que selecionam tecnologias flexíveis em períodos anteriores, já incorporaram o valor da opção real de serem capazes de produzir eficientemente uma ampla gama de produtos e, talvez, um amplo mix de produtos” (Anderson & Lanen, 2009, p. 32).

Da mesma forma, Kallapur e Eldenburg (2005) aduzem sobre a escolha por tecnologias com maior ou menor parcela de custos fixos. Os autores associam a incerteza, representada pela introdução dos sistemas de pagamento prospectivo pelo Medicare (ao invés do reembolso baseado em custos) e a flexibilidade tecnológica, dada pela parcela de custos fixos e variáveis, em uma amostra de hospitais do Estado de Washington. Seus resultados indicam que, quando os hospitais podem escolher entre tecnologias para uma determinada atividade, aquelas com alto custo variável e baixo custo fixo tornam-se mais atrativas à medida que a incerteza aumenta, pois permitem ajuste de recursos mais rápidos.

Conforme apontado pelos gestores entrevistados no Estudo 2 e corroborado pela literatura, na saúde, o conceito de tecnologia é muito mais amplo, não se limitando à bens/ativos tangíveis. Para Merhy (1997) há três tipos de tecnologia em saúde. O primeiro, denomina-se “tecnologia dura”, sendo representado pelo material concreto, ou seja, máquinas, equipamentos, mobiliários e estruturas organizacionais, o que se associa às abordagens até então mencionadas. Mas, além deste, o autor apresenta a “tecnologia leve-dura”, que diz respeito aos saberes estruturados, representados pelas disciplinas que operam no trabalho em

saúde, como a clínica médica, odontológica, epidemiológica, psicanalítica entre outras. E por fim, tem-se as “tecnologias leves”, que se expressam como o processo de comunicação e de relações, que conduzem o usuário às ações e serviços de saúde, envolvendo a produção de vínculos, autonomização, acolhimento e gestão de processos de trabalho.

Portanto, mais do que os ativos fixos, compreende-se, também, os saberes constituídos para a geração e a utilização de produtos, materiais e serviços, e para a organização das relações humanas e de trabalho (Merhy, 1997), o que, na saúde, envolve, dentre outros critérios, o desenvolvimento e adesão a protocolos, guias e processos padrões, insumos médicos e de enfermagem, medicamentos, vacinas, coberturas e outros. Assim, além do “nível” de tecnologia, o comportamento de custos pode ser influenciado pelos seus diferentes “tipos”, sendo que as prerrogativas indicam que algumas dessas tecnologias podem afetar positivamente a relação custo-volume, visto que há maior otimização de tempo e de pessoal, além de maior resolutividade. Esse viés é compatível com a afirmação de Anderson e Lanen (2009) apresentada anteriormente, porém, estende-se para além das escolhas de tecnologias dura.

Dado esse contexto, verifica-se que as discussões sobre tecnologia, quando direcionadas à saúde pública e, em especial à atenção primária, agregam a literatura dos *costs stickiness*, pois incorporam perspectivas complementares, ainda não exploradas.

Cabe destacar que a tecnologia é um fator importante para o setor e para a atividade, servindo, inclusive, para segregação dos níveis de atenção em saúde. Segundo Bleicher e Bleicher (2016), as ações do SUS são organizadas em níveis de atenção, relativos a diferentes densidades tecnológicas, ou seja, equipamentos à disposição da população (tecnologia dura), as quais variam da menor (atenção primária ou básica) até a maior densidade (atenção terciária). Mesmo com a mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as RAS, conforme já mencionado, onde o foco passa a ser as relações horizontalizadas entre os pontos de atenção (Figura 18), essa segregação por níveis se mantém para fins de organização do sistema, pois, segundo Mendes (2011), mesmo sem ordem ou grau de importância, os pontos de atenção possuem diferentes densidades tecnológicas, que os caracterizam e diferenciam. Portanto, a importância da temática é reforçada.

4.3.3.2 *Nível de especialização de pessoal*

Segundo Balakrishnan e Gruca (2008) e Hoffmann (2017), ao considerar os custos de ajuste, ou seja, o valor futuro de reposição, o nível de especialização de pessoal impacta as decisões de manutenção ou de atrasos nos ajustes de custos. Isso porque, os gastos para

contratação e treinamento de pessoal médico especializado, necessário para restaurar a capacidade de atendimento, são significativamente maiores do que os gastos com pessoal de apoio, por exemplo, o que inibe o ajuste de recursos frente a reduções da demanda (Balakrishnan & Gruca, 2008). Além disso, quanto mais especializada uma equipe, maior o interesse do gestor em firmar relações com esses profissionais, o que, também, induz a retenção de recursos (Hoffmann, 2017; Hosomi & Nagasawa, 2018)³³.

Contudo, as inferências literárias sobre o tema ainda são escassas, sem análises empíricas e sem maior profundidade, limitando-se a tratar a especialização de pessoal enquanto justificativa ou possibilidade para explicar outros fatores, como a decisão deliberada dos gestores e os custos de ajuste. Ainda assim, de acordo com o Estudo 2 o perfil das equipes e dos profissionais que nela atuam tem reflexo nos trabalhos desenvolvidos e, conseqüentemente, nos recursos demandados. Esse perfil envolve desde a sua formação, treinamento e educação continuada (se tem especialização ou foco na APS e na saúde da família), até a organização e padronização de processos, por meio de protocolos, guias e procedimentos padrão. Esses parâmetros podem ter reflexo na prática assistencial, contribuindo para maior resolutividade, para a capacitação, para a ampliação do campo de atuação dos profissionais e para a potencialização da relação tempo-atendimento.

Diante do exposto, assim como para a tecnologia, para a especialização de pessoal adiciona-se a perspectiva do “tipo” à análise dos *costs stickiness* e não apenas de seu “nível”. Na APS especializações direcionadas à atenção generalista e à medicina da família, por exemplo, podem favorecer o ajuste de recursos em função do atendimento a diferentes demandas. Também, pode-se obter maior resolutividade e efetividade nos atendimentos, ao passo que dispor e seguir processos padronizados, que são previamente pensados e definidos, pode potencializar o uso dos recursos, impactando na relação custo-volume.

Cabe destacar que, apesar da fundamentação teórica tratar a tecnologia e a especialização de pessoal como fatores explicativos para os *costs stickiness* isolados, a ampliação desses conceitos revela grande associação, permitindo tratá-los de forma análoga. Isso porque, as variáveis que representam a especialização, podem ser consideradas

³³ Nesse estudo, o termo “especialização de pessoal” é utilizado em dois sentidos: (i) especialidades em saúde, ou seja, profissionais que se direcionam a atividades e tem formações em áreas de atuação específicas/restritas/singularizadas; e (ii) profissionais que, dentro de sua área de atuação, buscam alcançar maior conhecimento e especialidade, seja por meio de formação técnica, educação continuada, adesão a protocolos internos ou outras formas de qualificar seu entendimento e, conseqüentemente, os seus processos de trabalho. Apesar dessa distinção, ambos têm o mesmo reflexo no comportamento dos custos e, portanto, são tratados conjuntamente ao longo das análises.

tecnologias leve-dura, quando se observa a formação e a área de atuação da equipe (disciplinas), ou tecnologias leves, quando se direciona à organização de processos e ao perfil dessas equipes.

4.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para alcançar o objetivo proposto, conforme sugerido por Uzzi (1997) e Spaniol, Ramos, Buglione, Delfino e Razerra (2013), na literatura de *embeddedness*, e por Anderson e Lanen (2009) e Dalla Via e Perego (2013), na literatura dos *costs stickiness*, realiza-se um estudo de caso, a fim de conhecer a realidade organizacional, o contexto social onde estão inseridos e compreender a perspectiva dos tomadores de decisão. Para Uzzi (1997), apesar dos limites de generalização, métodos de análise de campo são vantajosos, pois fornecem dados para teorizar e conduzir uma análise detalhada da dinâmica e das interfaces das estruturas sociais. Diante disso, investiga-se o que está por trás de fatores explicativos dos *costs stickiness*, ao verificar como o nível de tecnologia e de especialização de pessoal são condicionados pelo *embeddedness* social em unidades públicas de saúde do município de Florianópolis, Santa Catarina.

Essa delimitação, com uma amostra por conveniência, ocorre devido ao acesso aos dados junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Contudo, assim como no Estudo 2, limita-se apenas a um tipo de unidade, dada a necessidade de aprofundamento e a disponibilidade dos gestores para conduzir as análises, em especial, devido às restrições decorrentes da pandemia da COVID-19. Para tanto, com base nos resultados do Estudo 1, relativos aos anos de 2016, 2017 e 2018 (em função de limitações metodológicas), opta-se por se direcionar às Unidades Básicas de Saúde (UBS), visto que estas possuem maior nível de assimetria, se comparadas às unidades especializadas (centros de atendimento psicossocial – CAPS, policlínicas e unidades de pronto atendimento – UPA). Apesar de ambas apresentarem um comportamento anti-*sticky costs*, o nível de assimetria das UBS é 5,63 pontos percentuais maior, com comportamentos individuais (por unidade) variados (*sticky*, anti-*sticky* e *reverse costs*).

Uma vez definido o objeto de análise, delimita-se apenas alguns fatores explicativos a serem investigados, a fim de se obter maior detalhamento e profundidade. Para tanto, considera-se os debates e resultados apresentados no Estudo 2. Conforme mencionado no referencial teórico deste estudo, dos 29 fatores explicativos examinados no Estudo 2 (alguns tratados de forma conjunta, mas respeitando-se suas individualidades), todos demonstraram ligação com o comportamento assimétrico dos custos. Destes, destacam-se o nível de

tecnologia e o nível de especialização de pessoal, pois são fatores não analisados empiricamente e pouco explorados pela literatura específica do tema, sendo que, quando referenciados, isso ocorre de forma indireta, pela associação a outros fatores, seja como argumento ou como exemplificação. Além disso, quando associados à saúde, ambos se apresentam de forma distinta à mencionada na literatura dos *costs stickiness*, com ampliação de conceitos, o que faz com que suscitem grande relação entre si e se diferenciem e agreguem aos conhecimentos atuais, o que reforça a importância de se considerar as particularidades de cada setor e atividade. Também, são fatores que permitem a análise junto a múltiplos atores sociais, pois podem decorrer de diferentes relações.

Dadas essas definições, com base na proposição teórica da NSE, especialmente pelas concepções de Granovetter (1985), considera-se que esses fatores estão imersos (*embeddedness*) em um contexto social. Para o autor, a compreensão do agir social, no qual o agir econômico está enraizado, deve ser observado no contexto de redes sociais, pois as características e os comportamentos das instituições, dos indivíduos ou dos mercados estão associados à sua estrutura e às suas relações, que condicionam, dentre outros fatores, os custos e os níveis de atividade.

A partir disso, a primeira etapa metodológica diz respeito à identificação e à construção da rede social. Para tal, verifica-se a rede formal e informal das UBS, com foco nas estruturas formais, ou seja, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais são mapeadas por meio de análises da literatura, da legislação, em especial de atos normativos, dos fluxos de processos, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e de outros documentos. Por fim, essa rede é validada e complementada por um profissional especialista.

Cabe destacar, que apesar de haver diferenças conceituais e de abrangência entre as RAS e as redes sociais da NSE, utiliza-se essas estruturas já consolidadas (RAS) para identificar os atores (a nível institucional) que fazem parte do contexto das UBS. Além disso, ao fundamentar-se nas RAS, dadas as definições prévias relativas às suas responsabilidades e funções, contidas principalmente em normas e leis, é possível inferir sobre outros elementos, como o papel de cada ator, seus interesses, limitações e relações, a fim de complementar a última etapa metodológica, ou seja, a análise de fatores explicativos na rede. Portanto, o estudo utiliza o conceito de redes sob a perspectiva da saúde, com foco na identificação de atores sociais (componentes do sistema de saúde) e na descrição de seus relacionamentos, o que se alinha vertente qualitativa da análise de redes, apresentada por Gobbo (2016), conforme mencionado no Tópico 4.3.1.

Para o mapeamento dessas redes, parte-se dos elementos constitutivos das RAS, definidos pela Portaria n. 4.279 (2010), a iniciar pela população. Como busca-se estabelecer uma rede padronizada às 48 UBS³⁴ vinculadas à SMS no período, amplia-se o conceito de população e de região de saúde para todo o território municipal. Assim, transfigura-se a concepção inicial trazida pela norma, porém, se reconhece a necessidade de definições particularizadas do território para a gestão em saúde, visto que suas características e demandas podem ser distintas, com identidades culturais, econômicas e sociais próprias. Portanto, deve-se atentar ao processo de territorialização mencionado na literatura e no Estudo 2 (Tópico 3.5.8).

Considerando-se a população de forma genérica, a identificação dos demais atores sociais parte da análise dos componentes definidos na estrutura operacional (segundo elemento constitutivo da RAS). Nesse sentido, dá-se destaque ao primeiro componente que são os centros de comunicação (APS), representados, justamente, pelas UBS, principal objeto de análise deste estudo. Isso porque, de acordo com o artigo 6 da Portaria n. 2.436 (2017) “todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, serão denominados Unidade Básica de Saúde – UBS”.

Os demais componentes, considerados nós da rede por Mendes (2011), dizem respeito aos pontos de atenção secundária e terciária e aos sistemas de apoio. Para seu mapeamento, analisa-se aqueles vinculados às redes temáticas prioritárias (Tabela 10), visto que as normativas que as estabelecem já trazem essa identificação, bem como suas formas de articulação (Ministério da Saúde, 2022c). Na sequência, analisa-se seus desdobramentos institucionais e elementos complementares. Para isso utiliza-se: (i) análise da literatura, que inclui artigos científicos, livros, relatórios ministeriais, legislações e normas; (ii) análise do CNES (2022), o qual é utilizado, inclusive, para padronização de nomenclaturas; e (iii) análises documentais, por meio de dados abertos disponíveis no *site* oficial da SMS, como organograma formal do sistema de saúde municipal; listagem de unidades e centros de atenção; relatórios anuais de gestão e planos municipais de saúde; procedimentos operacionais padrão por diretoria; entre outros. Todos esses documentos são relativos ao período em análise, que corresponde aos anos utilizados para comprovação do fenômeno (Estudo 1), ou seja, 2016, 2017, 2018.

³⁴ Apesar de haver um total de 49 unidades no município de Florianópolis, a UBS Canto da Lagoa não dispunha de informações completas nos três anos analisados (2016, 2017 e 2018) e, portanto, foi retirada da amostra.

Os sistemas logísticos, que são considerados por Mendes (2011) as ligações que comunicam os nós na rede, e o sistema de governança (demais componentes da estrutura operacional), assim como sistema lógico de funcionamento, ou seja, o modelo de atenção à saúde (último elemento constitutivo da RAS), não são utilizados nessa fase inicial, de identificação dos atores sociais (mapeamento da rede), mas sim como suporte à etapa seguinte, no que diz respeito a triangulação de dados.

Uma vez mapeados os atores que fazem parte do contexto social das UBS, a fim de se alcançar maior completude, essa rede é validada e acrescida por um profissional especialista na área, que não faz parte da SMS e, portanto, é imparcial sobre o objeto de análise. Esse profissional tem formação em enfermagem, mestrado em saúde pública e doutorado em enfermagem. Atuou como vice-presidente e presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina e tem experiência em saúde coletiva, com ênfase em gestão em saúde, ética profissional e Estratégia da Saúde da Família (ESF).

A próxima etapa metodológica, diz respeito à análise de como os fatores explicativos, ou seja, os níveis de tecnologia (dura, dura-leve e leve) e de especialização de pessoal são condicionados pelos diferentes atores sociais e suas relações com as UBS. Para pormenorizar os resultados, associando o contexto social aos fatores explicativos, utiliza-se, concomitantemente, técnicas distintas e complementares. Para Bauer e Gaskell (2008), a utilização conjunta de diferente técnicas torna-se importante para captar diferentes perspectivas e dar maior completude, em especial, em estudos com viés qualitativo, que necessitam ter alcance e compreensão dos acontecimentos sociais.

Em um primeiro momento, realizam-se entrevistas, as quais ocorrem de forma não presencial, em ambiente virtual (*online*), através de plataformas de videoconferência, a fim de minimizar os riscos de contaminação pela COVID-19. Os participantes são gestores de dois setores/departamentos distintos da SMS (os mesmos do Estudo 2), os quais estão vinculados, direta ou indiretamente, à APS, a fim de “compreender as diferentes posições tomadas pelos membros do meio social” (Bauer & Gaskell, 2008, p. 69). Um dos entrevistados (Entrevistado A) é encarregado pela Assessoria de Planejamento Estratégico, da Diretoria de Inteligência a Saúde, onde as informações das UBS e demais unidades são monitoradas e analisadas. Já o Entrevistado B é o gerente de Atenção Primária à Saúde, da Diretoria de Atenção à Saúde, visto que está diretamente relacionado às UBS. Ambos, são previamente munidos de informações relativas à pesquisa, incluindo seu objetivo, procedimentos e aspectos éticos, através da anuência ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E).

Para as entrevistas segue-se um roteiro semiestruturado (Apêndice J), composto pela rede social das UBS, mapeada e validada, a qual é confrontada com os elementos relativos ao nível de tecnologia e de especialização de pessoal. Essa confrontação ocorre através de questionamentos, de forma aberta, sobre quais as características, os interesses e as limitações na relação de cada ator da rede com as UBS, que podem condicionar os níveis de tecnologia (dura, leve-dura, leve), o desenvolvimento e a utilização de novos medicamentos, vacinas, coberturas (curativos) e demais processos de trabalho (assistência à saúde), bem como o perfil das equipes. As entrevistas são gravadas e transcritas na íntegra, a fim de criar um portfólio único, assim como realizado por Uzzi (1997).

Com esse portfólio, realiza-se a análise de conteúdo, de forma qualitativa e descritiva, com base nas etapas propostas por Mayring (2014). O primeiro passo inclui a elaboração de um resumo, ou seja, uma filtragem/abstração das informações latentes relativas ao tema, que reflitam o conteúdo original. Na sequência, efetua-se a explicação, que consiste em esclarecimentos de componentes individuais do texto que estejam obscuros e requeiram complementos. Por fim, realiza-se a estruturação e seleção de informações, através de categorias e critérios pré-definidos, pois a análise fragmentada pode facilitar o processo de interpretação (Mayring, 2014). Para isso, toma-se por base os elementos vinculados aos fatores explicativos, representados por cada questionamento (Apêndice J).

Durante o processo de análise, esses relatos são triangulados, de forma descritiva, com informações documentais, através das mesmas bases, referências e atos normativos mencionados anteriormente, a fim de promover maior sustentação para a construção de suposições teóricas, aumentar a confiança nos resultados e gerar pontos de observação (Eisenhardt, 1989).

Dadas as particularidades supramencionadas, a Figura 22 traz, de forma gráfica, um resumo dos procedimentos metodológicos.

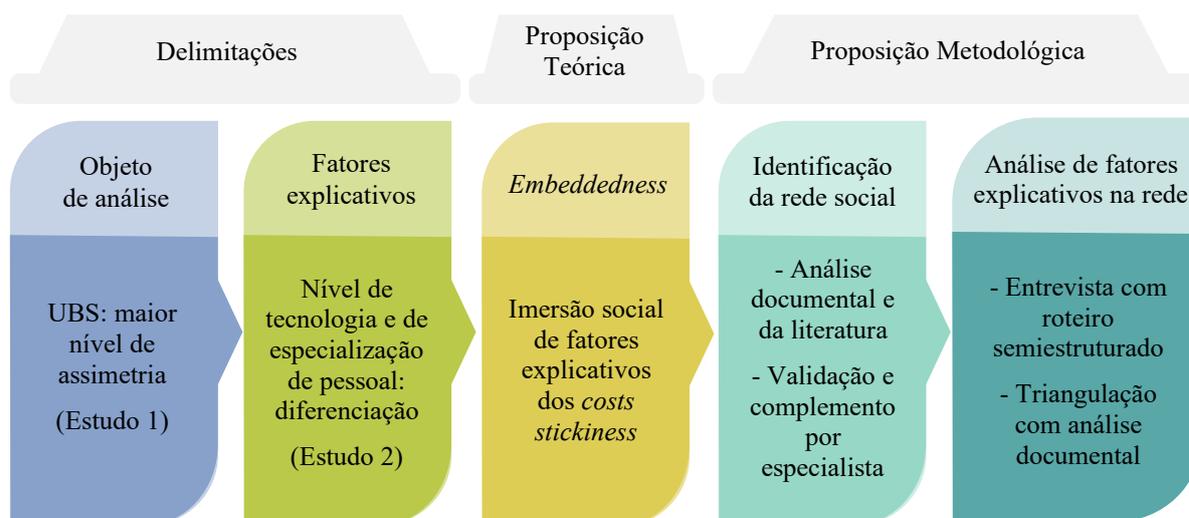


Figura 22. Procedimentos metodológicos do Estudo 3

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5 RESULTADOS

Para maior organização e clareza, com respeito às etapas da proposição metodológica, inicialmente apresenta-se o mapeamento da rede social das UBS, com a identificação de seus atores/pontos e a especificação de algumas de suas particularidades. Em seguida, verifica-se como essa rede condiciona o nível de tecnologia e o nível de especialização de pessoal, considerados fatores explicativos do comportamento *costs stickiness*.

4.5.1 Mapeamento da rede social das UBS

Para mapear a rede, assim como mencionado na metodologia, utiliza-se diversas fontes, advindas da análise da literatura, da análise documental e da confrontação com os estabelecimentos listados no CNES (2022). Para tanto, inclui-se atores de todas as naturezas jurídicas (administração pública, sem fins lucrativos, entidades empresariais e/ou pessoa física) e de todos os níveis de gestão (municipal, estadual ou dupla), pois os serviços e os atendimentos prestados, mesmo não sendo de administração pública ou de gestão local, afetam e são afetados pela rede das UBS, dada a variação nas demandas e nos serviços de saúde.

Para fins de estruturação e organização, os atores sociais são unificados de acordo com seu tipo e, portanto, contemplam várias unidades, instituições e/ou organismos. Por exemplo, as próprias UBS são tratadas como um único ator da rede social, que agrega as 48 unidades listadas no estudo. O mesmo é aplicado aos demais atores identificados, sendo que,

para alguns, como as associações, os institutos e os conselhos, há um nível de agregação ainda maior, com instituições diferentes entre si, mas que são agrupadas de acordo com o que representam na rede. Por outro lado, há atores para os quais optou-se pela individualização como, por exemplo, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), que não consta no grupo genérico “Associações”, em função da recorrência e do destaque dado pela literatura e pelo especialista consultado. Cabe destacar que essa estruturação, com agrupamentos e segregações, ocorre apenas para fins de organização, ao tomar por base as referências utilizadas, sendo que não há hierarquização ou nível de importância entre eles.

Ainda quanto à organização da rede, procurou-se colocar mais próximo das UBS os atores diretamente relacionados à atenção primária, mas, também, ponderou-se outros atributos, como a similaridade dos serviços e das atividades desenvolvidas. Dada a consideração de múltiplos critérios, podem haver atores mais centralizados, mesmo possuindo maior nível de especialização, pois buscou-se manter a proximidade, também, de atividades comuns, como os pontos/atores relacionados à assistência social ou aos centros de referência.

Também é válido ressaltar que, apesar de se basear nas RAS para identificar os pontos de atenção à saúde, principalmente nas redes temáticas, não se limita a essas, tampouco aos estabelecimentos de saúde listados no CNES (2022). Isso porque, a rede social é mais ampla e inclui, também, pontos de apoio à comunidade, além de outras áreas/disciplinas, que podem ter reflexos na saúde e no bem-estar da população e, conseqüentemente, nas ações e serviços prestados pelas UBS. Além disso, os atores sociais elencados não são, necessariamente, estruturas físicas isoladas. Algumas vezes eles compartilham ou até mesmo não possuem ambientes físicos, mas por serem organismos institucionalizados são tratados como atores independentes, a fim de facilitar a discussão de critérios específicos da rede.

A Figura 23 apresenta a rede social, ou seja, a listagem de atores (instituições, pontos de atenção, pontos de apoio, unidades e/ou organismos), que se relacionam de forma direta ou indireta, formal ou informal, com as UBS.



Figura 23. Rede social das UBS

Fonte: Elaborado pela autora. Para acessar essa figura em tamanho A3 e facilitar sua visualização, utilize o link:
https://drive.google.com/drive/folders/1AR_5difhouFriI0qVvH6oLkQqEWK4J5o?usp=sharing

Com base na rede social apresentada na Figura 23, lista-se a seguir particularidades relacionadas a alguns dos pontos/atores, em especial aqueles vinculados aos serviços de apoio ou advindos de outras áreas, como, por exemplo, os identificados através da Política Nacional de Assistência Social (Resolução CNAS n. 145, 2004). Também, são detalhadas algumas características cadastrais (CNES, 222), além de diferenças e similaridades entre eles.

- Academia de Saúde: o Programa Academia da Saúde (PAS) foi lançado em 2011, como uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado por meio da implantação de espaços públicos conhecidos como polos, onde são ofertadas práticas de atividades físicas para população (Ministério da Saúde, 2022a).
- Ambulatório de Atenção Integral à População Trans (Ambulatório Trans): de acordo com o especialista consultado, desde 2015, a SMS de Florianópolis oferece um ambulatório especial para atender a população LGBTQIA+. O Entrevistado B complementa, ao afirmar que nos anos em análise (2016, 2017 e 2018) esses ambulatórios ficavam organizados junto aos centros de saúde (UBS), mas que, a partir de 2021, “por uma questão legal, de financiamento e de possibilidade de acesso às pessoas que o frequentam”, ele passou a se vincular às policlínicas, apesar de continuar desenvolvendo ações e serviços focados na APS.
- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE): segundo o especialista consultado, as APAEs são instituições sem fins lucrativos e não estão vinculadas à RAS, porém, podem ser contratualizada ou conveniada com o município.
- Associações: contempla associações direta ou indiretamente relacionadas à saúde, incluindo as de classe e de categoria profissional, como: Associação Catarinense para Integração do Cego (ACIC); Associação de Surdos da Grande Florianópolis (ASG); Associação dos Pais e Amigos de Autista (AMA); Associação em Defesa dos Direitos Humanos com Enfoque na Sexualidade (ADEH); Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD); Associação Catarinense de Assistência ao Mucoviscidótico (ACAM); Associação de Câncer de Boca e Garganta (ACBG); Associação Brasileira de Portadores de Câncer (AMUCC); Associação Centro de Atenção a Dependência Química e Outros (Movimento Vida Legal); Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Associação Saúde da Família (ASF); Associação Médica Brasileira (AMB); Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); e outros.
- Casas de Acolhimento para Crianças e Adolescentes: são serviços de acolhimento provisório de crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, cujas

famílias ou responsáveis se encontram temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção (Secretaria Municipal de Assistência Social, 2022).

- Casas de Passagem e Casas de Apoio para Pessoas em Situação de Rua e/ou Violência: é um serviço de acolhimento provisório para pessoas em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de auto sustento (Secretaria Municipal de Assistência Social, 2022). Segundo o especialista, essas casas fornecem dormitórios, alimentação, banho e abrigo temporário.
- Central de Regulação SAMU, também, denominada Central de Regulação Médica das Urgências (CNES, 2022): segundo o especialista consultado, este organismo atende os chamados, verifica as primeiras informações, define o atendimento e direciona as unidades móveis.
- Central de Regulação, também, denominado Complexo Regulador: segundo o especialista consultado, são organismos que autorizam (ou não) a realização de exame e definem para onde estes devem ser direcionados.
- Centro Catarinense de Reabilitação (CCR): no CNES (2022) denomina-se apenas Reabilitação, já na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (Secretaria de Estado da Saúde, 2022), utiliza-se a nomenclatura de Oficina Ortopédica.
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO): segundo o especialista consultado, o que é corroborado pelo Entrevistado B, em Florianópolis, os CEOs ficam dentro das policlínicas.
- Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): segundo o Entrevistado B, os CTAs ficam dentro das policlínicas, mas basicamente todas as UBS realizam a coleta e a testagem de exames, bem como o aconselhamento ao paciente. Caso seja realizado um teste rápido no CTA, o resultado sai imediatamente, mas se é um exame que precisa ir para o laboratório, ou faz-se o encaminhamento do paciente para coleta no local, ou realiza-se a coleta no próprio CTA e encaminha-se a amostra para o laboratório, sendo estes o Laboratório de Saúde Pública (LAMUF) ou o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), dependendo do tipo de exame que está sendo realizado.
- Clínica Escola: de acordo com o CNES (2022) há uma clínica escola de fisioterapia na UDESC e uma no departamento de odontologia da UFSC.
- Comissões: inclui comissões direta ou indiretamente relacionadas à saúde, como: Comissão Intergestores Bipartite (CIB); Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

Comissão de Saúde do Trabalhador (CST); Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT); Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN); Comissão Nacional de AIDS (CNAIDS); e outros.

- Conselhos: trata-se de conselhos direta ou indiretamente relacionados à saúde, incluindo os sindicais e os de classe ou de categoria profissional, como: Conselho Nacional de Saúde (CNS); Conselho Estadual de Saúde (CES); Conselho Municipal de Saúde (CMS); Conselho Nacional de Seguros Privados (CNPS); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); Conselhos Municipais Antidrogas (COMAD); Conselho de Saúde Suplementar (CONSU); Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA); Conselhos Comunitários; Conselhos de classe/categoria profissional; e outros. Cabe destacar que a Resolução n. 287 (1998) relaciona 14 categorias profissionais de saúde de nível superior, para fins de atuação do CNS, sendo que, para muitas, há conselhos de classes próprios a nível federal e regional, como, por exemplo: Conselho Federal (COFEN) e Conselho Regional (COREN) de Enfermagem; Conselho Federal (CFM) e Conselho Regional (CRM) de Medicina; Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Conselho Federal de Farmácia (CFF); Conselho Federal de Psicologia (CFP); Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); Conselho Federal de Odontologia (CFO); e outros.
- Consultórios de Rua (CNAR): são equipes de saúde da família específicas, responsáveis por “articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, desenvolvendo suas atividades *in loco* e de forma itinerante” (Secretaria Municipal de Saúde, 2022), incluindo atividades odontológicas - Odonto Móvel (CNES, 2022). Ainda, de acordo com o Entrevistado B, o CNAR é uma equipe intersetorial, que conversa com diversos pontos da rede e se relaciona diretamente com o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CENTRO POP).
- Cultura, Lazer e Bem-estar: alguns dos estabelecimentos culturais identificados no município, são: Fundação Catarinense de Cultura; Teatro do SESC Prainha; Casa Vermelha; e Centro de Artes UDESC (CEART). Além disso, há parques e ações específicas para promoção do bem-estar, como o Projeto Yoga no Palácio. Cabe

destacar que, por mais que existam instituições próprias para propagação e incentivo à cultura, esse conceito é mais amplo. Sob a perspectiva da NSE e do *embeddedness* social, a cultura é entendida como um “conjunto coerente e estável de valores, ideias e princípios compartilhados pelos atores”, que formam um sistema de significados, o qual orienta o comportamento econômico (Wanderley, 2002, p. 22).

- Escolas: para o Entrevistado B, “é um espaço de atuação da APS”, onde as equipes das UBS desempenham atividades como saúde bucal, escovação e orientações diversas.
- Farmácia (Básica e de Alto Custo): segundo o especialista consultado, a farmácia básica está vinculada aos centros de saúde (UBS), enquanto a de alto custo, normalmente, fica vinculada às policlínicas. No CNES (2022) verifica-se, além da Farmácia Escola e da farmácia especializada, o Setor Remédio em Casa, porém, este serviço foi desativado em novembro de 2016.
- Fazenda da Esperança Porta Aberta: foi cadastrada no CNES em dezembro de 2016, por isso é incluída na rede. Trata-se de um polo de prevenção de doenças e agravos e de promoção da saúde (CNES, 2022).
- Federações: são organismos direta ou indiretamente relacionados à saúde, incluindo as federações de classe e de categoria profissional, como: Federação das Entidades e dos Trabalhadores do Ministério da Saúde (FETRAMS); Federação Nacional dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde (FENAESS); Federação Nacional dos Médicos (FENAM); Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI); e outros.
- Hospitais (Gerais e Especializados): para Mendes (2011), um hospital, por ofertar múltiplos produtos, diferenciados entre si, pode conter vários pontos de atenção à saúde. Apesar de assumir essa realidade, a fim de favorecer a estruturação e organização da rede, optou-se por, neste estudo, unificar esses pontos, apresentando-os de forma descritiva ao longo dos debates. Dentre os serviços/pontos de atenção à saúde existentes nos hospitais tem-se: ambulatório de especialidades; centro cirúrgico; enfermaria de leitos clínicos e de leitos crônicos; enfermaria especializada em álcool e drogas; enfermarias de retaguarda; leitos de longa permanência; leitos de reabilitação; leitos psiquiátricos; maternidade; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; serviço de exames; serviços de diagnóstico por imagem; serviços de referência de alta complexidade; unidade coronariana; unidade de atenção ao acidente vascular encefálico; unidade de cuidado intermediário (UCI) neonatal; unidade de

quimioterapia e radioterapia; unidade de terapia intensiva (UTI) adulta, pediátrica e neonatal; unidade de terapia intensiva para pacientes críticos convencional (UCINCo); e outros.

- Hospital Dia: ao buscar no CNES (2022) verificou-se que o Hospital Baía Sul é o único do município cadastrado como Hospital Dia, porém, esse serviço foi desativado em dezembro de 2016. Mesmo inativo, como consta em parte do período analisado, mantém-se como um ponto da rede.
- Instituição de Longa Permanência (ILPI): são os antigos Asilos. Segundo o especialista consultado, apesar de não ser considerado um estabelecimento de saúde, mas sim um serviço de hotelaria, suas principais ações estão relacionadas ao cuidado e à saúde de pessoas idosas.
- Institutos: inclui institutos direta ou indiretamente relacionados à saúde, como: Instituto Nacional de Câncer (INCA); Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS); Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais (IBAMA); Instituto de Audição e Terapia da Linguagem (IATEL); Instituto de Amparo à Saúde Ocular (IASO); Instituto Lumine Visão para Todos (foi cadastrado no CNES em março de 2017, mas por contemplar parte do período analisado, mantém-se como um ponto da rede); Instituto OTOVIDA (Clínica de Audição Voz Fala e Linguagem); e outros.
- Laboratório de Biologia Molecular Microbiologia e Sorologia: foi cadastrado em setembro de 2017 (CNES, 2022). Como contempla parte do período analisado, manteve-se como um ponto/ator da rede.
- Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF): Envolve profissionais de diferentes especialidades em saúde, como nutricionista, farmacêutico, educador físico, psicólogo, fisioterapeuta e outros, que “são importantes para complementar o cuidado da atenção primária” (Entrevistado A). De acordo com a Nota Técnica n. 3 (2020), desde 2020, não há mais a obrigatoriedade de as equipes multidisciplinares estarem vinculadas ao modelo do NASF, sendo que o Ministério da Saúde (MS) não realiza mais o seu credenciamento e, conseqüentemente, o repasse financeiro direto. Contudo, como no período em análise essa política vigorava, mantém-se como um ponto da rede. Além disso, esse serviço continua presente, porém, com uma configuração distinta. Segundo o especialista consultado para validar a rede, políticas indutoras como o NASF, quando são descontinuadas, tornam-se um problema para o município, visto que a

composição dessas equipes, normalmente, ocorre por concurso público. Assim, uma vez absorvido o custo, quando encerrada a política, o financiamento que antes era parcialmente responsabilidade do governo Federal, passa a ser integralmente do município, dados os critérios de estabilidade do trabalhador concursado. Apesar dessa concepção, de que não há mais o cofinanciamento e de que o município tem que arcar sozinho com os gastos das equipes multidisciplinares antes vinculadas ao NASF, para o Entrevistado A, na prática, não há uma perda tão expressiva. Isso porque, o município continua recebendo recursos, só que não com aquela rubrica, com aquela assinatura diretamente empregada ao NASF. Inclusive, no balanço global, o financiamento da APS aumentou, ou seja, com o novo modelo de financiamento do MS, o repasse ao município tornou-se ligeiramente maior. Então, houve apenas uma reorganização na forma de entregar o dinheiro (Entrevistado A).

- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS): segundo o Entrevistado A, a OPAS é um “braço” da Organização Mundial de Saúde (OMS).
- Pastorais: segundo o especialista consultado, essas instituições sem fins lucrativos, produzem medicamentos fitoterápicos, tornando-se um complemento aos serviços prestados.
- Posto de Coleta de Leite Humano: segundo o Entrevistado B, esse organismo fica dentro das maternidades, sendo que, no município, há duas maternidades de referência: Carmela Dutra e a Maternidade do Hospital Universitário (HU).
- Prestadores de Serviços Contratualizados ou Conveniados: são consultórios isolados relacionados à pessoa física ou entidades empresariais (com ou sem fins lucrativos) (CNES, 2022), que são acionados para prestação de serviço no sistema público de saúde, mediante contratação por demanda.
- Programa de Restaurantes Populares: objetiva “ampliar a oferta de refeições nutricionalmente adequadas, a preços acessíveis, à população de baixa renda, vulnerabilizados socialmente e em situação de insegurança alimentar e nutricional” (Ministério da Cidadania, 2022).
- SAMU e Bravo: são unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência e emergência (CNES, 2022).
- Saúde Prisional: Segundo o especialista consultado, o município de Florianópolis não possui uma Unidade de Saúde Prisional (USP) específica, também referenciada como UBS Complexo Penitenciário (CNES, 2022). Porém, há atendimentos/ações que

ocorrem a essa população e, por isso, manteve-se esse ator na rede de forma generalizada. Esse relato é corroborado pelo Entrevistado B, que afirma que os atendimentos às pessoas privadas de liberdade menores de 18 anos são realizados diretamente na UBS Agrônômica, pois esse serviço está dentro de seu território. Assim, quando há necessidade, o usuário é facilmente conduzido até o centro de saúde. Já para os maiores de 18 anos, a APS presta apoio com entrega de medicamentos, vacinas e insumos, mas o foco de atendimento é na atenção especializada, pois quando há necessidade de um oftalmologista ou de um ginecologista, por exemplo, realiza-se o agendamento e o encaminhamento. Portanto, não há uma equipe de referência que vá até a unidade prisional, o serviço é prestado conforme demanda (Entrevistado B).

- Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, Secretaria de Estado de Saúde (SES) de Santa Catarina e Distritos Sanitários: são consideradas centrais de gestão de saúde (CNES, 2022).
- Telessaúde: é “um programa de ensino à distância que integra as equipes de saúde da família com os centros universitários de referência para o desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde (APS)”. Também, fornece segunda opinião formativa, palestras virtuais e cursos à distância (Secretaria Municipal de Saúde, 2022).
- União Florianopolitana de Entidades Comunitárias (UFECO): segundo o especialista consultado, esse organismo congrega todos os movimentos comunitários de Florianópolis, incluindo os conselhos locais de saúde.
- Unidades Básicas de Saúde (UBS): também são denominadas Centros de Saúde (CS) (CNES, 2022). É onde se desenvolve a Estratégia da Saúde da Família (ESF), por isso, muitas vezes, também são assim denominadas.
- Unidade de Saúde com Sala de Estabilização: segundo o Entrevistado B, em Florianópolis, as salas de estabilização se localizam dentro da UPA. Contudo, como na literatura elas se apresentam como unidades ambulatoriais, sendo que, em ambos os casos, são serviços institucionalizados, optou-se por manter este como um ator/ponto isolado, posicionando-o entre a policlínica e as UPA.
- Vigilância em Saúde: de acordo com os dados do CNES (2022), engloba serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, além da coordenação municipal do bem-estar animal e do centro de controle de zoonoses.

Além desses, há, também, alguns pontos/atores que, atualmente, existem no município, mas não foram incluídos na rede. Isso porque, o cadastramento no CNES (2022) foi posterior aos anos contemplados pela análise ou suas atividades foram encerradas antes. São eles:

- Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina: foi cadastrada em março de 2019.
- Central Municipal de Rede de Frio: trata-se do “processo de armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte dos imunobiológicos do Programa Nacional de Imunizações”, que devem ter as condições adequadas de refrigeração, desde o laboratório produtor até o momento em que a vacina é administrada (Ministério da Saúde, 2001, p. 11). Sua data de registro é abril de 2020.
- Centro de Avaliação, Reabilitação e Desenvolvimento da Aprendizagem (CEDRA): foi cadastrado em setembro de 2019.
- Clinifono UFSC: foi cadastrada em maio de 2022.
- Consultórios Isolados: de acordo com o cadastro no CNES (2022), há consultórios isolados no Tribunal Justiça Santa Catarina e na Secretaria de Estado da Administração, sendo que, ambos, iniciaram suas atividades em 2021 (maio e novembro, respectivamente).
- Coordenadoria de Saúde Tribunal Regional do Trabalho da 12ª Região: foi cadastrado em novembro de 2021.

Por fim, é importante destacar que foram identificados alguns pontos/atores sociais referenciados na literatura, mas que conforme análise documental e validação com o profissional especialista da área, não existem no município de Florianópolis e, portanto, não foram incluídos na rede. Como exemplo cita-se o Instituto de Psiquiatria (IPQ) e o Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), cuja referência é São José. Além disso, há algumas unidades referenciadas que se diferenciam da estratégia adotada pelo município, como o Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE). De acordo com o especialista consultado, atualmente, não existe esse serviço sendo prestado em unidade própria no município, pois o acompanhamento é realizado na APS, por meio das UBS. Caso o paciente precise de um atendimento especializado, ele é referenciado para uma policlínica com infectologista. Ainda segundo ele, essa diluição do atendimento visa evitar qualquer estigma sobre o paciente com HIV/AIDS. Portanto, este é um serviço já contemplado pelos demais atores, não sendo tratado como um ponto específico da rede.

4.5.2 Condicionantes sociais do nível de tecnologia e de especialização de pessoal

Uma vez identificados e estruturados os pontos/atores sociais presentes na rede das UBS, consultou-se, por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado (Apêndice J), dois diretores de área da SMS. Antes de discutir como os fatores explicativos dos *costs stickiness* podem ser condicionados por essa rede, validou-se novamente junto a esses profissionais a sua estrutura, incorrendo em algumas alterações, especialmente quanto ao agrupamento e à diluição de pontos específicos.

Uma questão importante levantada pelo Entrevistado A é que, nessa rede, ao observar a relação de cada ator com as UBS, há diferenças substanciais. De forma geral, ele classificou os pontos/atores em dois blocos: (i) unidades que são acionadas pelas UBS para o cuidado em saúde, tanto para interlocução, quanto no próprio território geográfico, e que pouco determinam ou direcionam o seu trabalho, pois são, muito mais, influenciadas por ela; e (ii) unidades de gestão e de tomada de decisão, que direcionam de forma explícita e direta a atuação das UBS, pois são elas que acionam a APS. Portanto, apesar de alguns vínculos indiretos com outros atores, ao analisar fatores explicativos do comportamento assimétrico dos custos, o segundo bloco tem uma influência e atuação maior, pois “as unidades de gestão [...] direcionam o trabalho e as políticas públicas, que envolvem a incorporação de tecnologia, quer seja dura ou leve, as disciplinas de trabalho e a organização dos processos”.

Dessas unidades, o Entrevistado A, destaca aquelas em nível local, como a SMS; as intermediárias, que são os distritos sanitários e o conselho municipal, “com as políticas que eles precisam aprovar”; e as organizações maiores, como a SES, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a OMS, a OPAS, além de outros conselhos (por exemplo, CONASS, CONASEMS), que são de âmbito nacional e direcionam as políticas no MS, que, por sua vez, é um forte indutor das práticas nas UBS. O Entrevistado B, também, apresenta esses organismos (ANVISA, OMS, OPAS e órgãos regulatórios de saúde), como os principais indutores de tecnologias e de especialização de pessoal nas UBS, pois fornecem “orientações, instruções normativas, guias e protocolos [...]”, mas dá destaque ao MS e à SES, que atuam, também, com o financiamento dessas práticas e/ou o fornecimento direto de material e infraestrutura.

Com respeito às recomendações/imposições advindas desses organismos que atuam em instâncias maiores, segundo o Entrevistado B, os municípios e as UBS devem olhar a sua realidade, no tocante a suas demandas e possibilidades, pois muitas práticas permitem essa adequação. Por exemplo, o município “não determina qual é a faixa etária de uma população

que vai vacinar, com relação a uma vacina básica de calendário”, pois essa definição é a mesma em âmbito nacional, mas pode estruturar internamente “quem são as pessoas e qual faixa etária vai vacinar para COVID-19” em cada momento (Entrevistado B). Portanto, deve-se considerar que há influências diretas, cujas ações e serviços são determinados pelos demais atores da rede, geralmente por imposições legais e normativas, mas, também, há critérios que sofrem influência indireta, onde há recomendações ou alterações nos serviços, na estrutura e nas rotinas de trabalho, mas tem-se flexibilização para reorganizar e planejar as ações internamente.

Já os atores que são acionados pelas UBS, por meio de encaminhamento ou referenciamento, apesar de não induzirem e condicionarem diretamente o nível de tecnologia e de especialização de pessoal, dada a estruturação do sistema e das RAS, acabam por influenciar as demandas de trabalho. Isso porque, uma vez havendo a possibilidade de encaminhamento do usuário a uma unidade própria, com ações e serviços específicos, as UBS não precisam dispor de estrutura e de recursos para prestar aquele atendimento, o que se reflete nas rotinas de trabalho e nos custos dessas unidades.

Apesar de reconhecer esses diferentes enfoques, optou-se por não diferenciar os atores na rede (mapa), apenas abordar suas particularidades de forma descritiva, visto que, para alguns atores, há um sentido duplo, onde, além do encaminhamento, há um matriciamento, que pode induzir os critérios avaliados no estudo.

Por matriciamento ou apoio matricial, entende-se o modo “de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Chiaverini *et al.*, 2011). Assim, integra-se diferentes profissionais, inclusive de diferentes instituições (atores sociais), que dão suporte e discutem casos específicos. Como exemplo, o Entrevistado B cita as policlínicas, “que é onde ficam as especialidades”, em que alguns profissionais “têm uma carga horária para discutir/matriciar casos [...] com os médicos e com as equipes de saúde da família, da APS”. Em geral, isso é feito por *e-mail*, onde os casos são apresentados e as orientações são prestadas, a fim de guiar as condutas na UBS, para que o paciente chegue “com a queixa clínica mais estruturada, com os exames mais organizados” (Entrevistado B). Portanto, ao mesmo tempo que se tem o acionamento das policlínicas pela UBS (encaminhamento), há o retorno por meio do matriciamento, que acaba induzindo algumas de suas ações, processos de trabalho e rotinas, ou seja, condicionando suas tecnologias, em especial as leves e leve-dura. Portanto, verifica-se reflexos, também, nos custos, seja da UBS ou do sistema como um todo, pois evita-se, por

exemplo, chegar em uma consulta especializada sem um exame que já poderia ter sido solicitado, antecipando sua avaliação (Entrevistado B).

Outros exemplos de atores sociais para os quais há troca constante nas relações com as UBS, são as universidades e as clínicas escola. De acordo com o Entrevistado B, ao mesmo tempo em que a SMS e a APS apoiam a formação dos alunos de graduação, há alguns tipos de parcerias, com suporte técnico-científico, para a realização de análises e estudos específicos. Assim, “os alunos vêm para trabalhar em um projeto, que vai nos trazer benefícios enquanto instituição [...] e, também, são beneficiados em aprender e vivenciar a prática”. Além disso, também, são utilizados alguns espaços, cujas universidades dispõem de forma mais estruturada, principalmente laboratórios e salas para momentos de educação permanente. Portanto, da mesma forma que os atores são acionados pelas UBS, a disponibilidade dessa estrutura, em forma de parceria, pode se refletir nos custos, pois a UBS não precisa dispor ou contratar esse espaço/serviço.

Uma vez validada a rede e compreendida sua estrutura geral, tendo como fundamento a segregação mencionada (atores/pontos acionados ou acionadores da APS), destaca-se a relação das UBS com a população/usuários, visto que tudo o que é incorporado nessas unidades deriva da demanda pelos cuidados em saúde, seja por espaço, estrutura física ou qualificação do atendimento, do acolhimento, do tratamento e das formas de recuperação. Nesse estudo, considera-se a população de forma genérica e ampliada, ao contemplar toda a população do território analisado (município de Florianópolis). Além disso, a demanda populacional como um todo, ou seja, de outras regiões ou países, também, pode condicionar a implementação de tecnologias (em seu conceito amplo: dura, leve-dura e leve) ou a especialização de pessoal, visto que os equipamentos, máquinas, estruturas, processos, áreas de trabalho, medicamentos, entre outros, podem ser desenvolvidos e ajustados para determinada população e transpostos para outras.

Quando se fala em **tecnologia dura**, que, segundo Merhy (1997), é representada pelo material concreto (**máquinas, equipamentos, mobiliários e estruturas organizacionais**), há reflexos na imobilização de ativos, o que faz com que a parcela de custos fixos se eleve. Assim, dada a maior rigidez desses gastos, em momentos de declínio do volume de atividade pode ser difícil, demorado ou custoso para se desfazer e ajustar esses recursos, o que contribui para o comportamento *costs stickiness* (Richartz & Borgert, 2021; Nagasawa & Nagasawa, 2021). Contudo, ambos os entrevistados relataram que nas UBS, onde se desenvolvem ações e serviços de APS, há tecnologias duras limitadas. Para o Entrevistado A, essas unidades contam apenas com as “cadeiras de odontologia, que são equipamentos bastante caros”, ou

então com equipamentos mais básicos, de baixo custo, utilizados para realização de testes rápidos, para aferir a pressão arterial ou fazer oroscopia, por exemplo. Essa realidade se estende às “equipes que trabalham vinculadas diretamente aos centros de saúde, como as equipes de saúde da família, de consultório na rua e do ambulatório à população trans”, que, segundo o Entrevistado B, também, têm uso majoritário de tecnologias leves.

Além de limitada, nas UBS “a incorporação de tecnologia dura se dá, basicamente, por indução de políticas públicas, orientadas pelo MS” e, algumas vezes, pela SES (Entrevistado A). O que ocorre em instâncias maiores (OMS, OPAS e outros) é avaliado e discutido por conselhos de saúde em nível nacional, que verificam as vantagens, desvantagens e adequações necessárias, para que o MS incorpore e aponte diretamente aos municípios, através da SMS, a orientação de atuação (Entrevistado A). O Entrevistado B, também, traz os Distritos Sanitários (DS) e a vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental), como espaços que normatizam os serviços, e que, de certa forma, influenciam as tecnologias duras.

Um exemplo da influência de questões normativas, que derivam de organismos em instâncias maiores e que se refletem nas rotinas e na estrutura das UBS, é o Ambulatório de Atenção Integral à População Trans, que, conforme já mencionado, situava-se nas UBS e passou a integrar as policlínicas. Isso porque, segundo o Entrevistado B, legalmente, para fazer a cirurgia de mudança de sexo, as pessoas “precisam estar acompanhadas pelo ambulatório, que é um serviço especializado, por no mínimo dois anos”. Assim, se o atendimento ocorresse na APS, esse tempo não seria contemplado no cálculo. Então, optou-se por uma mudança estrutural, ao considerar esse como um “serviço híbrido”, visto que, apesar de estar situado nas policlínicas, os serviços prestados são de atenção primária, inclusive “todos os profissionais que lá atuam são médicos e enfermeiros da APS”, que tem uma carga horária destinada a este fim. Portanto, uma exigência legal, para um caso em específico, pode se refletir tanto em questões de tecnologia dura, quando se pensa em estrutura e equipamentos requeridos, quanto em termos de tecnologias leves, pois pode alterar os processos de trabalho, as rotinas e os vínculos criados.

Outro ponto/ator que, segundo o Entrevistado A, condiciona fortemente a incorporação de tecnologias nas UBS, mesmo que indiretamente, é a indústria farmacêutica, que inclui a indústria de medicamentos e de equipamentos. Segundo ele, a indústria farmacêutica é “muito forte, a segunda maior do mundo depois da bélica”, sendo que “o Brasil é o quinto maior consumidor de fármacos e de equipamentos, por conta de sua população”. Assim, dados os avanços no desenvolvimento de novas tecnologias, essa

indústria tenciona o MS, que é seu principal comprador, com novos itens (medicamentos, testes ou equipamentos), que por sua vez, repassa isso às UBS.

Quanto aos **medicamentos**, o Entrevistado A, afirma que o MS tem uma relação de itens pré-definida, que os municípios precisam disponibilizar aos usuários, denominada RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais). Com respeito a essa estrutura mínima, os municípios estabelecem sua própria relação de medicamentos: o REMUME (Relação Municipal de Medicamentos), que contempla itens do componente básico e do componente estratégico. Portanto, os municípios podem “incorporar outras drogas/medicamentos para disponibilizar e entregar nas farmácias das UBS”, desde que sigam as recomendações básicas do RENAME (Entrevistado A). Para isso, no âmbito da SMS, foi criada uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), que estuda evidências, analisando custos, eficácia, efetividade e segurança, a fim de acompanhar o avanço tecnológico, incorporando ou não medicamentos no REMUME e, inclusive, retirando-os, se for o caso (Secretaria Municipal de Saúde, 2022).

Da mesma forma, as **vacinas** utilizadas pelas UBS, também, são condicionadas pelo MS, através do Programa Nacional de Imunização. No total, são disponibilizadas na rotina de imunização 19 vacinas, cuja proteção inicia nos recém-nascidos e pode se estender por toda a vida (Ministério da Saúde, 2022b). Além destes, há os imunobiológicos especiais, que, normalmente são de responsabilidade de um centro de referência³⁵, para o qual realiza-se o encaminhamento. Apenas em circunstâncias especiais, com solicitação médica, os usuários podem ser vacinados com esses imunobiológicos dentro das UBS, por exemplo, quando é requerida a aplicação da vacina do HPV (sigla em inglês para Papilomavírus Humano) em pacientes fora da faixa etária, pois, como o centro de saúde dispunha desse insumo, é possível, mediante liberação, a sua aplicação (Entrevistado B). Portanto, segundo o Entrevistado A, o MS é o catalizador dessas tecnologias, que direciona, incorpora e, inclusive as adquire. Já a ANVISA é quem aprova sua utilização no território nacional.

Dado esse contexto, a indústria farmacêutica, em colaboração com os centros de pesquisa e de inovação, com os institutos e com as universidades, influencia tanto o RENAME, o REMUME e o Programa Nacional de Imunizações, quanto outras tecnologias, que se refletem, em última instância, nas práticas das UBS, sendo intermediado pelo MS. Essa intermediação é necessária, visto que, o contato direto de representantes de indústrias e de

³⁵ Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE)

laboratórios com os centros de saúde não é permitido há bastante tempo, pois incorre em conflitos de interesse, os quais são regulados pelo código de ética do servidor público (Entrevistado A).

Além disso, essas e outras inovações são avaliadas por uma comissão denominada CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde), que discute as vantagens e desvantagens de sua incorporação e, uma vez aprovados e apresentadas evidências claras de sua efetividade, repassa ao MS, para que este oriente sua compra ou uso pela APS, sendo que esse direcionamento ocorre, prioritariamente, por meio de financiamento e coparticipações (Entrevistado A). Assim, dada a intermediação do MS, que, para o Entrevistado A, é o maior indutor na incorporação de tecnologias duras pelas UBS, considera-se que as empresas (indústria) e a CONITEC têm relação indireta com as mesmas.

Cabe destacar que a CONITEC foi criada pela Lei n. 12.401 (2011), sendo assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde (DGITIS), e objetiva assessorar o MS nas “atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica” (CONITEC, 2022). Ou seja, ela auxilia tanto na análise de tecnologias duras quanto de tecnologias leves. Para tanto, considera “aspectos como eficácia, acurácia, efetividade e segurança [...], além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos”, em relação àquelas já existentes. Também é válido ressaltar, que essa comissão tornou obrigatório o registro prévio do produto na ANVISA, para que este possa ser incorporado (CONITEC, 2022).

Além do DGITIS, a CONITEC é composta por representantes do CFM, do CNS, do CONASS, do CONASEMS, da ANVISA e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (CONITEC, 2022). Portanto, esses organismos, também, condicionam, mesmo que indiretamente, a incorporação de tecnologias pelas UBS.

Uma observação feita pelo Entrevistado A é que o custo de tecnologias (sejam leves ou duras) que são diretamente adquiridas pelo MS e repassadas às UBS, como os testes rápidos e os medicamentos para tuberculose, não é contemplado no custo operacional das unidades, utilizado para o cálculo dos *costs stickiness*, embora seja um custo do atendimento ao paciente. Assim, há uma incorporação de tecnologia, que orienta o processo de trabalho, mas não há reflexo direto no custo. Este apenas será contemplado (atribuído à unidade) se o item for adquirido pela SMS, mesmo que utilize recursos de outras fontes (repasses financeiros do estado ou do governo federal).

Já quanto aos **exames** realizados, há testes rápidos que são coletados na própria UBS ou no CTA, os quais apresentam o resultado de imediato. Contudo, alguns exames, cuja testagem e análise não podem ser realizadas nesses espaços, são encaminhados para o LACEN ou o LAMUF. Esses pontos contam com o uso maior de tecnologia dura, ou seja, maior complexidade “no sentido de utilizar meios de análise e de precisar de equipamentos para poder fornecer o resultado adequado” (Entrevistado B). Quando há esse encaminhamento, normalmente, realiza-se tanto a coleta quanto a testagem nos próprios laboratórios, porém, existem casos específicos “quando, por exemplo, tem-se um paciente acamado, que não consegue sair de casa” ou uma ação de combate a uma doença específica, onde articula-se para que a UBS faça a coleta e o repasse do material aos laboratórios.

Com relação à **estrutura física** mínima de cada unidade, de acordo com o Entrevistado A, assim como as demais tecnologias, esta, também, é definida pelo MS, através de portarias. Segundo ele, o MS induz a construção dessas estruturas por meio de financiamento e, ao mesmo tempo, estabelece critérios mínimos, que respeitem as normas da vigilância em saúde, as RDCs (Resolução da Diretoria Colegiada) da ANVISA e as especificações do próprio ministério, como, por exemplo, a obrigatoriedade de “disponibilizar teste rápido de HIV e sífilis para gestante”. Nesse sentido, a Portaria n. 340 (2013), em seu artigo 4, estabelece quatro portes para as UBS serem financiadas por meio do componente “Construção”, são eles: (i) UBS Porte I; (ii) UBS Porte II; (iii) UBS Porte III; e (iv) UBS Porte IV. Cada um destina-se e deve estar apto a abrigar o número mínimo de Equipes de Atenção Básica (eAB) relativo ao número de sua classificação (um, dois, três ou quatro), com quantidade de profissionais compatível. A Portaria n. 340 (2013), também, estabelece o valor dos incentivos financeiros a serem destinados pelo MS para a construção de cada porte de UBS, bem como sua área física e a quantidade de ambientes mínimos (Anexo I, alterado pela Portaria n. 1.903, 2013).

Além disso, há tensionamentos dos conselhos municipal, estadual ou local sobre a implementação de tecnologias nas UBS. Como exemplo, o Entrevistado A cita a necessidade de ampliação nos atendimentos em saúde bucal para uma comunidade que tem maior dependência SUS. Caso a comunidade não julgue suficiente a oferta de atendimentos odontológicos, ela apresenta essa demanda aos conselhos e estes irão requerer junto à SMS (Entrevistado A). Assim, pode-se ter influência tanto na estrutura física e nos equipamentos, quanto nas equipes à disposição da população.

Nesse ponto, ou seja, quanto às **equipes de trabalho**, sua **composição, formação e áreas de atuação**, bem como os **saberes estruturados**, as quais são consideradas **tecnologias**

leve-dura (Merhy, 1997), também, verifica-se influência, tendo o MS como um forte indutor, com papel central para “reorganizar a estrutura mínima das equipes” (Entrevistado A). Isso porque, há normativas que estabelecem esses requisitos, como a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Portaria n. 2.436, 2017) que, no tópico 3.4 de seu Anexo, define os tipos de equipes e sua composição em termos de profissionais, sugerindo, inclusive, suas especialidades. Para a equipe de saúde da família (eSF), por exemplo, a PNAB menciona:

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem; e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (Portaria n. 2.436, 2017).

Segundo o Entrevistado A, essa indução do MS ocorre por meio de cofinanciamento, através de políticas públicas, pois os “municípios se moldam conforme eles vão receber o dinheiro”. Um exemplo importante de política indutora influenciada por questões financeiras é o modelo ampliado com equipe multiprofissional, visto que, conforme já mencionado, houve uma reestruturação no financiamento da APS, sendo que cessou o modelo do NASF, no qual essas equipes estavam vinculadas, e o valor passou a não ser mais diretamente atribuído a esse fim. Isso fez com que ocorressem mudanças, também, na forma de trabalho, pois, atualmente, se discute uma reorganização dos processos, ao refletir onde essas equipes devem atuar: “se é melhor que atendam o paciente pontualmente numa policlínica, se é melhor que eles atendam dentro da UBS, ou se é melhor que eles façam grupos de trabalho” (Entrevistado A). Isso porque, segundo o Entrevistado B, há “uma dificuldade importante de estrutura física para a atuação dessas equipes”. Assim, uma prática adotada pelo município tem sido a atuação de profissionais em “centros de saúde satélites”, que estão mais estruturados e que podem receber usuários de outros territórios, a fim de que otimizar o espaço físico e o horário de atendimento (Entrevistado B).

Mesmo com essa reestruturação financeira e com a ambiguidade na definição da melhor forma/local de atendimento, nos últimos anos, houve uma ampliação das equipes multiprofissionais (antigo NASF), visto que ambos os entrevistados ressaltam a sua importância como suporte à APS, justamente por contar com profissionais mais especializados, em termos de enfoque e singularização das atividades (áreas de atuação). Nesse sentido, as equipes multiprofissionais podem induzir não apenas os trabalhos e as rotinas das UBS, ao prestar suporte técnico, mas, também, a demanda por estrutura física.

Para o Entrevistado B, apesar de, atualmente, serem utilizados muitos espaços na própria comunidade, sendo que muitos deles presentes estão na rede (Figura 23), como as escolas e as ONGs (Organizações Não-Governamentais), no período contemplado pelo estudo, havia grande demanda por espaços dentro dos centros de saúde, principalmente as UBS com auditório, a fim de realizar atividades com educador físico ou fisioterapeuta, por exemplo.

Além das equipes multiprofissionais, a atuação nas UBS é influenciada, também, por outras áreas, que não, necessariamente, do subdomínio da saúde. Isso porque, ao atender uma pessoa, muitas vezes, “aquilo que ela precisa, diz respeito a uma questão de violência ou à falta de acesso que ela tem a um cuidado”, o que requer, também, outras instâncias de trabalho, que podem estar vinculadas a outras secretarias (Entrevistado B). Assim, por envolver diversas disciplinas e áreas de atuação, reguladas e controladas por diferentes estruturas organizacionais, pode-se ter um afastamento de objetivos, que resulta da dicotomia de interesses e de pensamentos. Portanto, é válido ressaltar a fala do Entrevistado B, de que, ao “pensar no conceito ampliado de saúde, que envolve uma série de outras questões, acaba que tudo é saúde” ou se reflete nela. Porém, há um organograma a ser respeitado, em que algumas coisas são revolvidas pela secretaria de saúde e algumas por outras secretarias, mas, às vezes, essa divisão não fica suficientemente clara aos usuários e a outros pontos da rede, o que interfere na busca pelos serviços e, até mesmo, nas reivindicações e demandas realizadas (Entrevistado B).

Ainda com relação às diferentes **categorias profissionais**, para o Entrevistado A, os conselhos profissionais atuam como um forte indutor. Isso porque, há interesses defendidos por cada classe, que condicionam, direta ou indiretamente, as rotinas e a composição das equipes. Por exemplo, a necessidade de se ter “um farmacêutico em cada farmácia” ou “um enfermeiro que se responsabilize por uma quantidade X de técnicos em enfermagem”. Assim, ao regulamentar cada profissão, os conselhos induzem as práticas das UBS, pois a SMS, enquanto gestora, precisa se adequar a essas normas.

Já quanto à **qualificação técnica e profissional** dos membros da equipe, segundo o Entrevistado A, apesar de existirem movimentos e políticas de formação oportunizadas pelo MS, pela SES e até mesmo pela OMS e a OPAS, não há nenhuma obrigatoriedade ou indução direta, principalmente, por não haver financiamento com essa finalidade. Neste caso, a SMS de Florianópolis, “entendendo que a formação e a especialização são importantes e que melhoram o cuidado, prevê a contratação [...] e oportuniza a formação técnica desses profissionais da equipe”. Para incentivar essa busca, oferta-se “um acréscimo no valor da remuneração”, o que gera, também, um incremento de custo. Mesmo assim, ainda falta

incentivar a reflexão e a percepção dessa importância nas próprias equipes, inclusive quanto à comunicação e à inovação, a fim de colocar, de fato, o paciente no centro do sistema de cuidado. Isso porque, muitas vezes, os serviços e os processos, como, por exemplo, a dispensação de medicamentos ou os horários de vacina, são organizados pensando “naquilo que é adequado e cômodo para o sistema e não no que é mais favorável para o usuário”, a fim de que este circule menos, tenha um atendimento mais ágil e com melhor comunicação (Entrevistado A).

Ainda de acordo com o Entrevistado A, equipes com maior especialização na APS, seja por meio de “pós-graduação; residência em saúde da família ou saúde pública; ou um médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem que busca ampliar seu leque de conhecimentos, com alguma formação além da obrigatória”, têm maior aderência aos protocolos, respeitam os procedimentos padrão e buscam melhorar a comunicação e a reorganização dos processos de trabalho, inclusive atuando como propositores de mudança. Essas proposições ocorrem, principalmente, por meio de reuniões de equipes, dentro da UBS e com os coordenadores do distrito sanitário, que levam essas informações/sugestões até as áreas estratégicas e os tomadores de decisão. Além disso, muitas vezes, quem está na gestão, por ter vindo da atenção/assistência, tem contato com as equipes e consegue acionar diretamente quem está na ponta, seja por grupos de WhatsApp® ou *e-mail*. A SMS, também, tem “espaços de planejamento, que são institucionais”, onde incentiva-se a participação dos trabalhadores. Por exemplo, para a elaboração do último plano de saúde produziu-se um diagnóstico, onde os trabalhadores participaram por meio do *webinar* de lançamento, com perguntas e/ou sugestões (Entrevistado A).

Outro ator social que condiciona a busca pela **especialização das equipes** é o fator cultural. Segundo o Entrevistado A, por Florianópolis ser uma cidade litorânea, tecnológica e por ser considerada “uma das capitais mais inovadoras”, acaba por atrair profissionais que já possuem essa perspectiva e que formam uma cultura voltada à inovação, que é própria da cidade e deriva dos princípios e concepções compartilhados entre os atores e as pessoas (Wanderley, 2002), tornando este um fator extrínseco.

Essa perspectiva influencia, também, nos processos de trabalho e em sua padronização. Quanto a esse tema, o Entrevistado A menciona que, da mesma forma que para as tecnologias dura e leve-dura, para a **tecnologia leve**, que envolve a gestão dos **processos de trabalho e de comunicação** e a **produção de vínculos** (Merhy, 1997), há um “efeito em cascata”, pois a OMS, a OPAS, as comissões e os conselhos indicam e validam procedimentos e o MS atua como catalizador, sistematizando e direcionando as políticas aos

municípios, por meio da SMS, o que se reflete nos processos de trabalho das UBS. Então, “o MS lança protocolos, guias e procedimentos e os atualiza sistematicamente para a conduta na rede de atenção”.

Mesmo com a forte indução do MS, em Florianópolis, a SMS tem tido especial atuação no desenvolvimento de **protocolos, guias e procedimentos operacionais padrões (POP)**, inclusive com parcerias externas. Como exemplo, o Entrevistado A cita a parceria com a Universidade da Cidade do Cabo, na África do Sul, que deu origem ao PACK (*Practical Approach to Care Kit*), “que é um guia de protocolo clínico que está servindo de exemplo, inclusive, para outros municípios, para o MS e a própria OPAS”, que através de um termo de cooperação, buscou maiores conhecimento para tentar reproduzir e levar esse guia para outros locais. Portanto, esses atores, também, tonam-se importantes indutores no estabelecimento, na padronização e na determinação dos processos e rotinas de trabalho.

O Entrevistado A, também, destaca a forte atuação dos conselhos profissionais. Como exemplo, cita que Florianópolis desenvolveu um protocolo de enfermagem para inserção de DIU (Dispositivo Intrauterino), porém, foi processado pelos Conselhos Federal e Regional de Medicina (CFM e CRM, respectivamente), os quais alegaram que esse procedimento não poderia ser realizado por enfermeiros. Apesar disso, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), “em situações específicas, com protocolo e treinamento, o enfermeiro pode colocar DIU”. A mesma situação ocorreu quanto à “prescrição de sulfato ferroso como suplemento para crianças identificadas com anemia”, onde o enfermeiro pode prescrevê-lo mediante protocolo. Ou seja, os conselhos profissionais defendem causas específicas e acabam condicionando ações e procedimentos a serem estabelecidos, onde busca-se um equilíbrio para atender ambas as recomendações (Entrevistado A).

Além desses pontos, o Entrevistado B ressalta a importância da vigilância em saúde (sanitária, ambiental ou epidemiológica), não apenas como indutor de estrutura física como mencionado anteriormente, mas dos processos de trabalho, pois exerce “um papel importante de orientação e de instrumentalização, tanto de informações, quanto das práticas”, inclusive com a “construção de orientações e de alguns protocolos e guias relacionados a esse tema” (Entrevistado B). Contudo, o Entrevistado B, também, destaca que essa relação entre UBS e vigilância em saúde, muitas vezes, torna-se frágil, sendo que “poderia e deveria melhorar”. Isso porque, há informações que dependem “única e exclusivamente da vigilância epidemiológica” por exemplo, e mesmo tendo a figura do apoiador de informação nos distritos sanitários, que visa “capilarizar os dados junto com o coordenador do distrito, para que os centros de saúde transformem isso em necessidade de ação”, caso a informação não

chegue até ele, ele não consegue realizar seu trabalho. Assim, como essas informações são variadas e se originam de “diferentes gerências e de diferentes diretorias”, às vezes, esse processo se torna “bastante truncado”.

Ainda quanto à indução de tecnologias leves nas UBS, verifica-se que o Telessaúde, ao prestar apoio e suporte com questões clínicas e dúvidas pontuais, influencia e, por vezes, padroniza as rotinas de trabalho, além de ser um ponto de forte e permanente comunicação (Entrevistado B).

Considerando-se os processos de comunicação e de orientação como tecnologias leves (Merhy, 1997), as escolas, também, tornam-se um ponto de apoio importante, visto que, em alguns lugares, em que o Programa Saúde na Escola é mais estruturado, casos específicos são levados até a UBS para discussão. Assim, o profissional da saúde dá o encaminhamento com o apoio da escola, que é quem acompanha a criança, sabe de suas dificuldades e de sua realidade (Entrevistado B).

Sob esse ponto de vista, segundo o Entrevistado B, o Complexo Regulador e a Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC), além de indutores dos processos e ações desenvolvidas, atuam como intermediadores na comunicação das UBS com os demais pontos. Isso porque, quando a UBS faz os encaminhamentos para as especialidades, são os pontos de regulação que categorizam e efetivam esse processo. Algumas vezes, eles devolvem esse encaminhamento com questionamentos e orientações, como, por exemplo: se algum exame pode ser antecipado; se essa não é a conduta para determinado especialista; se é necessária alguma outra solicitação; entre outros.

Além dos encaminhamentos, ao longo da rede, ambos os entrevistados listam diversos pontos onde a relação com as UBS é pautada na orientação da procura pelos pacientes. Assim, mesmo não havendo um fluxo de encaminhamento direto, ao conhecer esses serviços, que, de alguma forma, apoiam grupos populacionais específicos, as UBS repassam a informação aos usuários, como forma de complemento e apoio ao cuidado. São exemplos: a comunidade terapêutica; as casas de passagem; a APAE; a liga catarinense e a rede feminina de combate ao câncer; as pastorais; o HEMOSC; o posto de coleta de leite humano; entre outros.

Há, também, algumas relações que envolvem tecnologias leves, em especial de comunicação e compartilhamento de dados, que os entrevistados relataram dificuldades práticas para efetivação. Por exemplo, segundo o Entrevistado B, a relação das UBS com os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) deveria envolver um processo de referência e contrarreferência, com discussão e compartilhamento de casos, porém, isso não se dá de forma rotineira como prevê a política, apenas para casos específicos. O mesmo ocorre para

alguns pontos de áreas correlatas, como a assistência social³⁶, em que a falta de alinhamento nos objetivos, muitas vezes, gera dicotomia de interesses e de responsabilidades (Entrevistado B). O Entrevistado B, também, cita falhas na comunicação entre a APS e as universidades, com projetos de pesquisa que não enfocam nas reais demandas da SMS. Além disso, muitas vezes se constrói “parcerias que são personificadas” e, por não se ter uma institucionalização das linhas de estudo, prejudica-se a continuidade e a temporalidade dos trabalhos.

Por fim, verifica-se que, além da especialização das equipes, conforme já mencionado, o fator cultural condiciona as demandas, os serviços e, conseqüentemente, os processos de trabalho, a comunicação e as estruturas requeridas. Como exemplo, o Entrevistado B aduz que “o nosso país, a nossa população de forma geral, culturalmente é imediatista” e tem dificuldades de programação. Assim, muitas vezes, o momento em que se busca a resolução do problema de saúde, não é compatível com o horário de funcionamento das UBS, fazendo com que ações e serviços que poderiam ser prestados na APS sejam levados diretamente para pontos de atenção especializados, como as UPA e os hospitais, o que eleva o custo do sistema como um todo. Além disso, por uma questão legal, muitas vezes, o usuário querer atendimento imediato para que possa ter o afastamento do trabalho. Durante a pandemia da COVID-19, por exemplo, a busca por esses serviços aumentou, pois as pessoas precisavam do atestado médico para ter o isolamento recomendado.

Em contrapartida, mas, ainda, por uma questão cultural, verifica-se uma realidade onde muitas consultas e serviços são agendados, porém, o paciente não comparece. Na maioria dos casos, onde o encaixe para outro atendimento não é possível, essa ausência não impacta no volume de atividade, visto que não há a efetivação do procedimento, porém, o custo permanece, pois tanto os profissionais quanto a estrutura e os demais recursos precisam estar disponíveis. Também, há custos burocráticos de agendamento e reagendamento que envolve outros atores sociais, com as centrais de regulação.

Diante do exposto, verifica-se que, apesar de alguns atores condicionarem de forma mais intensiva e direta os elementos em análise, relativos ao nível de tecnologia e de especialização de pessoal, uma vez que as UBS estão *embeddedness* em uma rede social, elas influenciam e são influenciadas de diferentes maneiras, o que se reflete em suas atividades e, conseqüentemente, em seus resultados.

³⁶ A assistência social, também, tem sua atuação pautada, prioritariamente, em tecnologias leves, com a criação de vínculos (visitas domiciliares, escuta, acolhimento, orientação e apoio).

4.6 CONCLUSÕES

Com o objetivo de analisar como o *embeddedness* social da Nova Sociologia Econômica condiciona fatores explicativos dos *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde, este estudo direcionou-se, exclusivamente, às unidades básicas (UBS) e a dois fatores: nível de tecnologia e nível de especialização de pessoal. Isso porque, ao considerar o conceito de tecnologia de forma ampliada (dura, leve-dura e leve), conforme as proposições de Merhy (1997), nota-se que estes fatores estão fortemente relacionados, sendo que a especialização pode ser considerada uma forma de tecnologia. Além disso, esse conceito incorpora, também, outros fatores explicativos mencionados no Estudo 2, ao passo que contempla elementos como: estrutura física e organizacional; máquinas e equipamentos; medicamentos; vacinas; exames; áreas de atuação; disciplinas e categorias profissionais; composição das equipes de trabalho; qualificação e formação técnica e profissional; especialização de pessoal; saberes estruturados; processos de trabalho (guias, protocolos, procedimentos operacionais padrão e outros); processos de comunicação e de relação; e produção de vínculos, acolhimento e autonomização³⁷.

Dadas essas especificações, verifica-se que esses elementos são condicionados de diferentes maneiras pelos mais variados atores sociais, mas alguns possuem influência direta e proeminente, pois atuam como reguladores, ao normatizar, direcionar e instrumentalizar o trabalho e as políticas públicas, como, por exemplo, os distritos sanitários, a SMS, a SES, o MS, a OPAS, a OMS, a ANVISA, os conselhos (como o CNS, CES, CONASS e CONASEMS), inclusive os conselhos profissionais (como o COFEN, COREN, CFM, CRM) e outros.

Contudo, mesmo aqueles atores que são acionados pela APS e que pouco induzem os critérios supramencionados, trazem reflexos às atividades desenvolvidas nas UBS, no sentido de que, ao compor uma rede ampla de cuidado à saúde, visto que o seu acesso é um direito de toda a população e um dever do Estado (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988), as UBS dispõem de unidades especializadas para encaminhamento e referência, o que permite uma redistribuição dos trabalhos e das estruturas, e, em última instância, repercute em suas práticas e demandas.

Portanto, ainda que indiretamente, todas as relações (UBS com cada ator social) trazem reflexos aos níveis de tecnologia (dura, leve-dura ou leve) e de especialização de

³⁷ O Apêndice K apresenta um resumo gráfico dos elementos de análise do Estudo 3

peçoal, que, por sua vez, são fatores que influenciam os *costs stickiness*, pois podem afetar a relação custo-volume de atividade, ao passo que dificultam e/ou alteram a capacidade ou a decisão de ajuste de recursos em períodos de redução da demanda. Ou seja, uma vez que as UBS estão imersas/imbricadas/*embeddedness* em um contexto social composto por múltiplos atores, essas relações apresentam reflexos em suas ações, atividades, rotinas, estruturas e comportamentos, portanto, são constantemente condicionadas por este meio.

Diante disso, esse estudo diferencia-se por enfatizar, por meio dos preceitos da NSE e da concepção de *embeddedness*, o viés social, o que contribui para o aprofundamento teórico dos *costs stickiness*, visto que os estudos atuais se limitam a análises em nível de fatores explicativos, com apenas inferências sobre suas possíveis motivações. Assim, atende-se às recomendações de Anderson e Lanen (2009) e Dalla Via e Perego (2013), ao buscar informações detalhadas junto aos tomadores de decisão, para compreender a realidade organizacional, as causas, as origens dos *costs stickiness* e o que está por trás da ação.

O estudo, também, contribui de forma prática, pois como muitas redes de relações sociais são informais e intangíveis, sua compreensão pode auxiliar os gestores a refletirem e prestarem mais atenção nessas influências e em suas implicações para o alcance dos objetivos, facilitando a identificação de causas de gargalos ou falhas organizacionais (Hite *et al.*, 2007).

Cabe destacar que, apesar deste estudo focar em apenas em alguns fatores explicativos, com vistas a alcançar a devida profundidade nos debates, a importância de se analisar o *embeddedness* social estende-se aos demais. Isso porque, as delimitações metodológicas, sejam relacionadas ao objeto de análise, aos fatores explicativos, ao recorte temporal ou até mesmo à estruturação da rede, dadas as técnicas de análise selecionadas, limitam a generalização dos resultados, mas essas análises podem (e devem) ser estendidas a outros contextos e vieses.

É válido ressaltar que mesmo com a sistematização mencionada na metodologia, a busca por significados requer do pesquisador uma relação subjetiva com o material analisado, ou seja, com o relato dos entrevistados, o que é uma característica intrínseca a pesquisas qualitativas (Mayring, 2014), mas pode ser considerada uma limitação das análises. Além disso, dada a amplitude da rede social, que além de numerosa em termos de atores, também, envolve grande complexidade, pois contempla pontos próprios das RAS e áreas correlatas (como assistência social, educação, saneamento, infraestrutura e outros determinantes sociais de saúde - DSS), não foi possível esgotar os debates. Portanto, buscou-se discutir e pontuar as principais relações, tendo em vista os fatores explicativos selecionados.

Nesse sentido, sugere-se que estudos futuros busquem analisar a rede social das UBS, também, sob a perspectiva quantitativa, com enfoque na vertente da Teoria de Redes (Gobbo, 2016), a fim de complementar as discussões aqui apresentadas com informações mensuráveis sobre sua estrutura e seus relacionamentos, como, por exemplo, através dos conceitos de centralidade, distância, densidade, coesão, conectividade, alcance e outros.

4.7 REFERÊNCIAS

- Abramovay, R. (2004). Entre Deus e o diabo: Mercados e interação humana nas ciências sociais. *Tempo Social*, 16(2), 35-64. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702004000200002>.
- Abu-Serdaneh, J. (2014). The asymmetrical behavior of cost: evidence from Jordan. *International Business Research*, 7(8), 113-122. <https://doi.org/10.5539/ibr.v7n8p113>.
- Amaral, C. E. M., & Bosi, M. L. M. (2017). O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. *Saúde e Sociedade*, 26(2), 424-434. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170846>.
- Anderson, M. C., Banker, R. D., & Janakiraman, S. N. (2003). Are selling, general and administrative costs “sticky”? *Journal of Accounting Research*, 41(1), 47-63. <https://doi.org/10.1111/1475-679X.00095>.
- Anderson, S. W., & Lanen, W. N. (2009). Understanding cost management: What can we learn from the evidence on 'sticky costs'? *The Ann Arbor Journal*, 1001.
- Argilés-Bosch, J. M., & Blandón, J. G. (2011). The influence of size on cost behaviour associated with tactical and operational flexibility. *Estudios de Economía*, 38(2), 419-455. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52862011000200004>.
- Balakrishnan, R., & Gruca, T. S. (2008). Cost stickiness and core competency: a note. *Contemporary Accounting Research*, 25(4), 993-1006. <https://doi.org/10.1506/car.25.4.2>.
- Balakrishnan, R., Labro, E. & Soderstrom, N. S. (2014). Cost structure and sticky costs. *Journal of Management Accounting Research*, 26(2), 91-116. <https://doi.org/10.2308/jmar-50831>.
- Banker, R. D., & Byzalov, D. (2014). Asymmetric cost behavior. *Journal of Management Accounting Research*, 26(2), 43-79. <https://doi.org/10.2308/jmar-50846>.
- Banker, R. D., Byzalov, D., & Chen L. (2013). Employment protection legislation, adjustment costs and cross-country differences in cost behavior. *Journal of Accounting and Economics*, 55(1), 111-127. <https://doi.org/10.1016/j.jacceco.2012.08.003>.
- Banker, R., Byzalov, D., & Plehn-Dujowich, J. M. (2011). Sticky cost behavior: Theory and evidence. *Social Science Research Network*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1659493>.
- Barra, D. C. C., Nascimento, E. R. P., Martins, J., Albuquerque, G. L., & Erdmann, A. L. (2006). Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da

- enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(3), 422-430.
<https://doi.org/10.5216/ree.v8i3.7081>.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2008). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 7. ed. Petrópolis: Vozes.
- Bleicher, L., & Bleicher, T. (2016). *Parte 1: introdução ao sistema único de saúde (SUS)*. Esse tal de SUS. Saúde para todos, já! 3. ed. Salvador: EDUFBA, 15-40.
<https://doi.org/10.7476/9788523220051.0003>.
- Bradbury, M. E., & Scott, T. (2018). Do managers forecast asymmetric cost behaviour? *Australian Journal of Management*, 43(4), 538-554.
<https://doi.org/10.1177/0312896218773136>.
- Britto J. (2002). *Redes de cooperação entre empresas*. In: Kupfer D. & Hasenclever, L. Economia Industrial: Fundamentos teóricos e práticas no Brasil. 9 ed. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Burt, R. S., Meltzer, D. O., Seid, M., Borgert, A., Chung, J. W., Colletti, R. B., Dellal, G., Kahn, S. A., Kaplan, H. C., Peterson, L. E., & Margolis, P. (2012). What's in a name generator? Choosing the right name generators for social network surveys in healthcare quality and safety research. *BMJ Quality & Safety*, 21(12), 992-1000.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000521>.
- Calleja, K., Steliaros, M., & Thomas, D. C. (2006). A note on cost stickiness: some international comparisons. *Management Accounting Research*, 17(2), 127-140.
<https://doi.org/10.1016/j.mar.2006.02.001>.
- Campagnoni, M., Fabre, V. V., Borgert, A., & Rover, S. (2021). Cost stickiness nos governos locais de Santa Catarina. *Revista Catarinense da Ciência Contábil*, 20, 1-15, e3148.
<https://doi.org/10.16930/2237-766220213148>.
- Campos, M. de S., & Silva, L. L. (2020, outubro). Gestão social, economia e solidariedade: Habermas, Polanyi e o paradigma do mercado autorregulado. *XLIV Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração - EnANPAD*, Evento On-Line, Brasil, 44.
- Chen, C. X., Lu, H., & Sougiannis, T. (2012). The agency problem, corporate governance, and the asymmetrical behavior of selling, general, and administrative costs. *Contemporary Accounting Research*, 29(1), 252-282.
<https://doi.org/10.1111/j.1911-3846.2011.01094.x>.
- Cheong, L. H., Armour, C. L., & Bosnic-Anticevich, S. Z. (2013). Primary health care teams and the patient perspective: a social network analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(6), 741-757. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.12.003>.
- Chiaverini, D. H., Gonçalves, D. A., Ballester, D., Tófoli, L. F., Chazan, L. F., Almeida, N., & Fortes, S. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/guia_pratico_matriciamento_saudental.pdf.

- CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2022) Instrumentos de contratualização. <https://www.conass.org.br/guiainformacao/instrumentos-de-contratualizacao/>.
- CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. (2022). *Consulta estabelecimentos*. <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>.
- Cohen, S., Karatzimas, S., & Naoum, V. C. (2017). The sticky cost phenomenon at the local government level: Empirical evidence from Greece. *Journal of Applied Accounting Research*, 18(4), 445-463. <https://doi.org/10.1108/JAAR-03-2015-0019>.
- CONITEC, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. (2022). *A comissão*. <http://conitec.gov.br/entenda-a-conitec-2>.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1998). Brasília, DF. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
- Costa, M. D., Habib, A., & Bhuiyan, M. B. U. (2021). Financial constraints and asymmetric cost behavior. *Journal of Management Control*, 32(1), 33-83. <https://doi.org/10.1007/s00187-021-00314-7>.
- Dalla Via, N., & Perego, P. (2013). Sticky cost behaviour: evidence from small and medium sized companies. *Accounting & Finance*, 54(3), 1-26. <https://doi.org/10.1111/acfi.12020>.
- Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011*. (2011). Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *The Academy of Management Review*, 14(4), 532-550. <https://doi.org/10.5465/amr.1989.4308385>.
- Fabre, V. V. (2021). *Comportamento dos custos governamentais sob a ótica da Teoria das Finanças Públicas*. (Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, Florianópolis, SC). 121 p. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/231193/PPGC0240-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>.
- Gobbo, S. C. de O. (2016). Aplicação da teoria de redes no contexto de uma rede de médicos com vínculos profissionais em unidades de saúde públicas e privadas. São Carlos. 1959 p. (Tese de Doutorado, Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção). 195 p. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18156/tde-01092016-153347/pt-br.php>.
- Gonzalez-Brambila, C. N., Veloso, F. M., & Krackhardt, D. (2013). The impact of network embeddedness on research output. *Research Policy*, 42(9), 1555-1567. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2013.07.008>.
- Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360-1380. <https://doi.org/10.1086/225469>.

- Granovetter, M. (1983). The strength of weak ties: a network theory revisited. *Sociological Theory*, 1, 201-233.
- Granovetter, M. (1985). Economic action and social structure: The problem of embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91(3), 481-510. https://www.jstor.org/stable/2780199?seq=4#metadata_info_tab_contents.
- Guenther, T. W., Riehl, A., & Rößler, R. (2013). Cost stickiness: state of the art of research and implications. *Journal of Management Control*, 24, 301-318. <https://doi.org/10.1007/s00187-013-0176-0>.
- Hite, J. M., Williams, E. J., & Baugh, S. C. (2007). Multiple networks of public-school administrators: An analysis of network content and structure. *International Journal of Leadership in Education*, 8(2), 91-122. <https://doi.org/10.1080/1360312042000329086>.
- Hoffmann, K. (2017). *Cost behavior: An empirical analysis of determinants and consequences of asymmetries*. (Tese de Doutorado, Copenhagen Business School, Departamento de Contabilidade). <https://research.cbs.dk/en/publications/cost-behavior-an-empirical-analysis-of-determinants-and-consequen>.
- Holz hacker, M., Krishnan, R., & Mahlendorf, M. D. (2015). The impact of changes in regulation on cost behavior. *Contemporary Accounting Research*, 32(2/2), 534-566. <https://doi.org/10.1111/1911-3846.12082>.
- Hosomi, S., & Nagasawa, S. (2018). Empirical study on asymmetric cost behavior: analysis of the sticky costs of local public enterprises. *Asia-Pacific Management Accounting Journal (APMAJ)*, 13(2), 55-82.
- Kallapur, S., & Eldenburg, L. (2005). Uncertainty, real options, and cost behavior: Evidence from Washington state hospitals. *Journal of Accounting Research*, 43(5), 735-752. <https://doi.org/10.1111/j.1475-679X.2005.00188.x>.
- Kama, I., & Weiss, D. (2013). Do earnings targets and managerial incentives affect sticky costs? *Journal of Accounting Research*, 51(1), 201-224. <https://doi.org/10.1111/j.1475-679X.2012.00471.x>.
- Krippner, G. R. (2002). The elusive market: Embeddedness and the paradigm of economic sociology. *Theory and Society*, 30(6), 775-810. <https://www.jstor.org/stable/658117>.
- Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011. (2011). Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm.
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. (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. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
- Lopes Júnior, E. (2002). As potencialidades analíticas da nova sociologia econômica. *Sociedade e Estado*, 17(1), 39-62. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922002000100004>.

- Machado, D. S., & do Nascimento, M. R. (2010). A utilização do termo imersão social nas pesquisas em administração. *Caderno de Administração*, 18(2), 54-61. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CadAdm/article/view/16255>.
- Malik, M. (2012). A review and synthesis of 'cost stickiness' literature. *Social Science Research Network*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2276760.
- Marteletto, R. M. (2001). Análise de redes sociais-aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ciência da Informação*, 30(1), 71-81. <https://www.scielo.br/j/ci/a/6Y7Dyj4cVd5jdRkXJVxhxqN/?format=pdf&lang=pt>.
- Mayring, P. (2014). *Qualitative content analysis: Theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Austrália: Klagenfurt. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-395173>.
- Meltzer, D., Chung, J., Khalili, P., Marlow, E., Arora, V., Schumock, G., & Burt, R. (2010). Exploring the use of social network methods in designing healthcare quality improvement teams. *Social Science & Medicine*, 71(6), 1119-1130.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 549 p. ISBN: 978-85-7967-075-6.
- Merhy, E. E. (1997). *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: Merhy, E. E., Onocko, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 71-112.
- Ministério da Cidadania. (2022). *Programa restaurante popular*. <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/carta-de-servicos/desenvolvimento-social/inclusao-social-e-produtiva-rural/programa-restaurante-popular>.
- Ministério da Saúde. (2001). *Manual de rede de frio*. (3. ed.). Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rede_frio.pdf.
- Ministério da Saúde. (2014). *Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. 160 p. ISBN 978-85-334-2115-8. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_sau_sas.pdf.
- Ministério da Saúde. (2022a). Programa academia da saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS. <https://aps.sau.gov.br/ape/academia#:~:text=O%20Programa%20Academia%20da%20Sa%C3%BAde,de%20atividades%20f%C3%ADsicas%20para%20popula%C3%A7%C3%A3o>.
- Ministério da Saúde. (2022b). *Programa nacional de imunizações – Vacinação*. Brasília: Ministério da Saúde. Ações e Programas. <https://www.gov.br/sau/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-nacional-de-imunizacoes-vacinacao>.
- Ministério da Saúde. (2022c). *Redes de atenção à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS. <https://aps.sau.gov.br/smp/smpras>.

- Nagasawa, S. (2018). Asymmetric cost behavior in local public enterprises: exploring the public interest and striving for efficiency. *Journal of Management Control*, 29(3-4), 225-273. <https://doi.org/10.1007/s00187-018-0269-x>.
- Nagasawa, S., & Nagasawa, M. (2021). Free riding, empire building, and cost management prior to and post municipal enterprise mergers in Japan. *Asia-Pacific Journal of Accounting & Economics*, 28(1), 94-116. <https://doi.org/10.1080/16081625.2020.1845001>.
- Noreen, E., & Soderstrom, N. (1997). The accuracy of proportional cost models: evidence from hospital service departments. *Review of Accounting Studies*, 2(1), 89-114. <https://doi.org/10.1023/A:1018325711417>.
- Nota Técnica n. 3, de 28 de janeiro de 2020.* (2020.). Departamento de Saúde da Família (DESF). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Ministério da Saúde (MS). <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>.
- Oliveira, N. R. de C. (2016). *Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes*. São Luís, Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. 54 p. ISBN: 978-85-7862-583-2.
- Portaria GM/MS n. 715, de 4 de abril de 2022.* (2022). Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n. 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>.
- Portaria n. 1.010, de 21 de maio de 2012.* (2012). Redefine as diretrizes para a implantação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192) e sua central de regulação das urgências, componente da rede de atenção às urgências. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html.
- Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011.* (2011). Institui, no âmbito do sistema único de saúde - SUS - a rede cegonha. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html.
- Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011.* (2011). Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no sistema único de saúde (SUS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.
- Portaria n. 1.601, de 7 de julho de 2011.* (2011). Estabelece diretrizes para a implantação do componente unidades de pronto atendimento (upa 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da rede de atenção às urgências, em conformidade com a política nacional de atenção às urgências. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html.
- Portaria n. 1.903, de 4 de setembro de 2013.* (2013). Altera os artigos 4, 6, 10, 25 e o anexo I da portaria n. 340/gm/ms, de 4 de março de 2013 que redefine o componente construção do programa de requalificação de unidades básicas de saúde (UBS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1903_04_09_2013.html.

- Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012.* (2012). Institui a unidade de acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (unidade de acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da rede de atenção psicossocial.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html.
- Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2011.* (2011). Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html.
- Portaria n. 123, de 25 de janeiro de 2012.* (2012). Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de consultório na rua (ECR) por município.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html.
- Portaria n. 131, de 26 de janeiro de 2012.* (2012). Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html.
- Portaria n. 132, de 26 de janeiro de 2012.* (2012). Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente reabilitação psicossocial da rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde (SUS).
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html.
- Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012.* (2012). Define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente hospitalar da rede de atenção psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html.
- Portaria n. 2.351, de 5 de outubro de 2011.* (2011). Altera a Portaria n. 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do sistema único de saúde (SUS), a rede cegonha. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html.
- Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017.* (2017). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011.* (2011). Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde (SUS).
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- Portaria n. 3.089, de 23 de dezembro de 2011.* (2011). Dispõe, no âmbito da rede de atenção psicossocial, sobre o financiamento dos centros de atenção psicossocial (CAPS) e dá outras providências.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html.

- Portaria n. 3.090, de 23 de dezembro de 2011.* (2011). Altera a portaria n. 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da rede de atenção psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos (SRT). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html.
- Portaria n. 340, de 4 de março de 2013.* (2013). Redefine o componente construção do programa de requalificação de unidades básicas de saúde (UBS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0340_04_03_2013.html.
- Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.* (2010). Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
- Portaria n. 483, de 1 de abril de 2014.* (2014). Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do sistema único de saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html.
- Portaria n. 650, de 5 de abril de 2011.* (2011). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202011/prt0650_05_10_2011.html.
- Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012.* (2012). Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.
- Portaria n. 835, de 25 de abril de 2012.* (2012). Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o componente atenção especializada da rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html.
- Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013.* (2013). Redefine a atenção domiciliar no âmbito do sistema único de saúde (SUS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.
- Raud-Mattedi, C. (2005). A construção social do mercado em Durkheim e Weber: análise do papel das instituições na sociologia econômica clássica. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 20(57), 127-142. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092005000100008>.
- Reagans, R., & McEvily, B. (2003). Network structure and knowledge transfer: The effects of cohesion and range. *Administrative Science Quarterly*, 48(2), 240-267. <https://doi.org/10.2307/3556658>.
- Reis, L. S. (2019). *Reflexos da decisão deliberada dos gestores nos custos de stickiness*. (Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, Florianópolis, SC). <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/214572>.
- Resolução CNAS n. 145, de 15 de outubro de 2004.* (2004). Aprova a Política Nacional de Assistência Social. PNAS. <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acao-a-informacao/legislacao/antigos/resolucao-cnas-no-145-de-15-de-outubro-de-2004>.

- Resolução n. 287, de 8 de outubro de 1998.* (1998). Reconhece as categorias profissionais de saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html.
- Richartz, F., & Borgert, A. (2021). Fatores explicativos para o comportamento assimétrico dos custos das empresas listadas na B3. *Revista Universo Contábil*, 16(3). <https://doi.org/10.4270/RUC2020313>.
- Romo, F. P., & Schwartz, M. (1995). The structural embeddedness of business decisions: The migration of manufacturing plants in New York State, 1960 to 1985. *American Sociological Review*, 60(6), 874-907. <https://doi.org/10.2307/2096431>.
- Sacomano Neto, M. S., & Truzzi, O. M. S. (2004). Configurações estruturais e relacionais da rede de fornecedores: uma resenha compreensiva. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, 39(3), 255-263.
- Sacomano Neto, M., & Truzzi, O. M. S. (2009). Posicionamento estrutural e relacional em redes de empresas: uma análise do consórcio modular da indústria automobilística. *Gestão e Produção*, 16(4), 598-611. <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2009000400009>.
- Secretaria de Estado da Saúde. (2022). *Redes de atenção à saúde*. Rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência. <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-4/redes-de-atencao-a-saude-1/rede-de-cuidados-a-saude-da-pessoa-com-deficiencia>.
- Secretaria Municipal de Assistência Social. (2022). *Serviços da SEMAS*. <https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/semas/index.php?pagina=servlistagem&menu=2&info=servicos>.
- Secretaria Municipal de Saúde. (2022). *Dados*. <http://www.pmf.sc.gov.br/sites/psms/index.php?pagina=home&menu=0>.
- Shust, E., & Weiss, D. (2014). Discussion of asymmetric cost behavior - sticky costs: Expenses versus cash flows. *Journal of Management Accounting Research*, 26(2), 81-90. <https://doi.org/10.2308/jmar-10406>.
- Simsek, Z., Lubatkin, M. H., & Floyd, S. W. (2003). Inter-firm networks and entrepreneurial behavior: A structural embeddedness perspective. *Journal of Management*, 29(3), 427-442. https://doi.org/10.1016/S0149-2063_03_00018-7.
- Smith-Doerr, L., & Powell, W. W. (1994). *Network and economic life*. In: Smelser, N. J., Swedberg, R. (Orgs.). *The Handbook of Economic Sociology*. Nova York: Princeton University Press.
- Spaniol, E. L., Ramos, I., Buglione, S., Delfino, D., & Razerra, M. E. (2013). Inserção social como categoria de análise socioeconômica: um estudo sobre administração pública e o setor imobiliário de Florianópolis. *Revista de Administração Pública*, 47(4), 949-974. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122013000400007>.
- Steiner, F. (2006). *A sociologia econômica*. (M. H. C. V. Trylinski, Trad.). São Paulo, Atlas.

- Subramaniam, C., & Watson, M. W. (2016). Additional evidence on the sticky behavior of costs. *Advances in Management Accounting*, 26, 275-305. <https://doi.org/10.1108/S1474-787120150000026006>.
- Swedberg, R. (2004). Sociologia econômica: hoje e amanhã. *Tempo Social*, 2, 7-34, <https://www.scielo.br/j/ts/a/dvSxLM8hKX5dKCQzK6xtQbq/?format=pdf&lang=pt>
- Szántó, Z. (1995). Social embeddedness of the economy. *Revija za Sociologiju*, 26(3-4). Edição especial: Sociology and Economics, 205-209. <https://hrcak.srce.hr/154578>.
- Uzzi, B. (1997). Social structure and competition in interfirm networks: The paradox of embeddedness. *Administrative Science Quarterly*, 42(1), 35-67. <https://doi.org/10.2307/2393808>.
- Wanderley, F. (2002). Avanços e desafios da nova sociologia econômica: Notas sobre os estudos sociológicos do mercado. *Sociedade e Estado*, 17(1), 15-38. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922002000100003>.
- Wasserman, S., & Faust, K. (1994). *Social network analysis*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Weiss, D. (2010). Cost behavior and analysts' earnings forecasts. *The Accounting Review*, 85(44), 1441-1471. <https://doi.org/10.2308/accr.2010.85.4.1441>.
- Wilkinson, J. (2002). Sociologia econômica, a teoria das convenções e o funcionamento dos mercados: "inputs" para analisar os micro e pequenos empreendimentos agroindustriais no Brasil. *Ensaio FEE*, 23(2), 805-824.
- Wu, T. C., Young, C. S., Yu, C. C., & Hsu, H. T. (2019). Are governmental expenditures also sticky? evidence from the operating expenditures of public schools. *Applied Economics*, 52(16), 1763-1776. <https://doi.org/10.1080/00036846.2019.1678731>.
- Zanella, F., Oyelere, P., & Hossain, S. (2015). Are costs really sticky? Evidence from publicly listed companies in the UAE. *Applied Economics*, 47(60), 6519-6528. <https://doi.org/10.1080/00036846.2015.1080807>.

5 CONCLUSÕES DA TESE

Neste estudo foram desenvolvidas análises sequenciais e complementares, com vistas a dar profundidade à temática central, ou seja, a análise do comportamento *costs stickiness* em unidades públicas de saúde, para assim, alcançar um objetivo subjacente. A estrutura do trabalho segue uma evolução lógica, onde, primeiramente, identifica-se o fenômeno para entender o comportamento econômico (*costs stickiness*), em seguida analisa-se as ações econômicas que dão origem a esse comportamento (fatores explicativos), para, então, analisar seus condicionantes sociais (*embeddedness* social).

Em todas as análises ressalta-se a importância de se considerar e pormenorizar as características e individualidades de cada contexto, atividade e instituição. No Estudo 1, essa singularidade é demonstrada desde a definição das *proxies* de mensuração do custo e do volume de atividade, até a identificação de diferentes comportamentos em função das amostras analisadas. Isso porque, a receita, comumente utilizada como variável de aproximação para o volume de atividade, é fortemente influenciada por questões orçamentárias e contábeis da área pública, além de outros efeitos como as flutuações no preço de venda e os níveis de estoque (Dalla Via & Perego, 2013; Hoffmann, 2017; Richartz & Borgert, 2021). Portanto, se estabelece uma forma alternativa para mensurar o volume de atividade, assim como Wu *et al.* (2019), Balakrishnan e Gruca (2008) e Holzhacker *et al.* (2015a), com respeito à realidade e às particularidades do setor, ao ponderar os quantitativos de atendimento por um peso relativo ao seu esforço de execução. Já quanto aos resultados obtidos, de modo geral, as unidades de saúde apresentam comportamento *super-sticky costs*, pois quando o volume de atividade aumenta 1%, os custos operacionais aumentam 0,40%; e quando o volume reduz 1%, os custos também aumentam, porém, a uma taxa mais lenta (0,07%). Já quando analisadas as unidades por nível de atenção à saúde (primária e especializada), ambas têm comportamento *anti-sticky costs*, com maior pegajosidade/aderência (*sticky*) na atenção especializada (menor nível de assimetria). Por fim, ao analisar as unidades, individualmente, identificam-se comportamentos variados (*sticky*, *super-sticky*, *anti-sticky* ou *reverse costs*), inclusive entre unidades de um mesmo tipo ou nível de atenção.

Nos Estudo 2 e 3 a importância da pormenorização do contexto fica ainda mais evidente, ao passo que, na busca por profundidade, direciona-se exclusivamente às Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde são desenvolvidos serviços e ações voltadas à atenção primária. No Estudo 2 todos os 29 fatores explicativos identificados na literatura

demonstraram alguma ligação com o comportamento de custos, mas, dadas as particularidades das UBS, muitos debates e, principalmente, as variáveis que representam cada fator, tiveram variações em relação às proposições teóricas. Isso permite inferir que os fatores explicativos do comportamento *costs stickiness* são próprios de cada atividade, pois a forma com que são visualizados, mensurados e interpretados pode variar em função da realidade observada.

Já, o Estudo 3 indica que o contexto social é um importante preditor do comportamento dos custos, sendo que este, também, é próprio de cada setor e atividade, pois, mesmo estando imerso/*embeddedness* em uma mesma rede social, são as relações existentes que condicionam as ações, rotinas, estruturas e comportamentos de cada ator social. Nesse sentido, dado o caráter público, com funções essenciais que inferem na saúde e no bem-estar dos indivíduos, verifica-se notável influência social nas UBS. Isso porque, os elementos relativos aos níveis de tecnologia (dura, leve-dura ou leve) e de especialização de pessoal (fatores explicativos dos *costs stickiness* selecionados para análise) são constantemente condicionados pelas suas relações com os demais atores sociais. Alguns desses atores possuem influência direta e proeminente, atuando como reguladores, ao normatizar, direcionar e instrumentalizar o trabalho e as políticas públicas. Outros têm relação indireta e trazem reflexos às atividades desenvolvidas nas UBS, pois, ao compor uma rede ampla de cuidado à saúde, permitem uma redistribuição dos trabalhos e das estruturas. Portanto, enfatiza-se que o presente estudo se propôs a pensar de forma relativa, ao levar em consideração o que os autores da NSE preconizam: uma natureza interativa das relações entre as ações individuais (dos gestores, dos profissionais assistenciais e da própria população) e as instituições.

Com base nesses achados, o argumento subjacente à proposição principal da tese implica que os *costs stickiness* são reflexo de um conjunto de variáveis próprio de cada setor e atividade, o que é intensificado ao se observar o que está por trás da ação, ou seja, seus condicionantes sociais.

Nesse sentido, o estudo apresenta diferenciais e contribuições importantes. Acrescenta-se à literatura dos *costs stickiness*, ao fornecer evidências do fenômeno no contexto governamental, expandindo o escopo de aplicação das pesquisas. Também, direciona-se a um setor específico, a fim de se adaptar à sua realidade e detalhar suas particularidades, o que demonstra que esses critérios precisam ser melhor compreendidos e incorporados nos estudos. Por fim, enfatiza-se o viés social, por meio dos preceitos da NSE e da concepção de *embeddedness*, tornando-se um ponto de partida para que mais estudos da

área sigam nesse caminho. Tudo isso condiz com as sugestões de Holzhacker *et al.* (2015a) quanto à utilização de perspectivas multiteóricas que explorem, além de fatores econômicos, os sociológicos; e de Granovetter (1985), quanto à busca de informações diretamente com atores que fazem parte da estrutura/rede social. Também, atende-se às recomendações de Anderson e Lanen (2009), Dalla Via e Perego (2013) e Shust e Weiss (2014), ao buscar informações detalhadas junto aos gestores e à realidade organizacional, sem restringir-se a informações retiradas de demonstrativos financeiros divulgados publicamente.

Assim, dadas as proposições metodológicas e a mudança no campo de análise, complementa-se os conhecimentos atuais, o que contribui para a consolidação teórica dos *costs stickiness*. Além disso, têm-se contribuições práticas, pois os conhecimentos gerados podem: auxiliar na previsibilidade de custos e no planejamento; embasar e justificar decisões; qualificar o tempo de resposta frente a flutuações na demanda; e facilitar a identificação e a gestão das relações sociais, suas implicações e motivações (Hite *et al.*, 2007; Hoffmann, 2017).

Por fim, verifica-se que cada um dos três estudos possui limitações próprias e compartilhadas, que se direcionam, prioritariamente: ao recorte temporal, que também interfere no número de observações; ao objeto de análise (unidades assistenciais e UBS); às definições da base teórica em detrimento a outras; aos fatores explicativos explorados; aos procedimentos de coleta e análise de dados, que incluem a definição do custo e do volume, o acesso aos entrevistados e a estruturação da rede, com enfoque nas principais relações; e à subjetividade nas interpretações, sendo essa uma característica comum às pesquisas qualitativas (Mayring, 2014). Consequentemente, as estimativas empíricas limitam a generalização dos resultados, porém, ao mesmo tempo, permitem a identificação de diversas sugestões para análises futuras, as quais são apresentadas no decorrer das conclusões de cada estudo.

6 REFERÊNCIAS DA TESE

- Abdulhamied, A. A., & Abulezz, M. E. (2012). An empirical investigation of the effect of cost structure and demand uncertainty on SA&G cost stickiness. *Islamic Business Researches Center*, 1-27. <http://www.kantakji.com/media/175583/an-empirical-investigation-of-theeffect-of-cost-structure-a.pdf>.
- Abramovay, R. (2004). Entre Deus e o diabo: Mercados e interação humana nas ciências sociais. *Tempo Social*, 16(2), 35-64. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702004000200002>.
- Abu-Serdaneh, J. (2014). The asymmetrical behavior of cost: evidence from Jordan. *International Business Research*, 7(8), 113-122. <https://doi.org/10.5539/ibr.v7n8p113>.
- Agarwal, N., Khizer, A. M., & Sethuraman, M. (2021). Information environment and cost asymmetry. *Social Science Research Network*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3769496.
- Ali, H., Shafiq, O., Gillani, S. U. A., & Anwar, F. (2021). Corporate board committees and asymmetric behavior of total cost: evidence from Pakistan. *PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology*, 18(2), 303-335. <https://archives.palarch.nl/index.php/jae/article/view/6061>.
- Allora, F., & Allora, V. (1995). *Unidade de medida da produção*. 1 ed., São Paulo: Pioneira.
- Almeida, C., Travassos, C., Porto, S., & Labra, M. E. (2000). Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *International Journal of Health Services*, 30(1), 129-162. <https://doi.org/10.2190/NDGW-C2DP-GNF8-HEW8>.
- Alves, M. L. F., Guedes, H. M., Martins, J. C. A., & Chianca, T. C. M. (2015). Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25(4), 469-475. <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150110>.
- Amaral, C. E. M., & Bosi, M. L. M. (2017). O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. *Saúde e Sociedade*, 26(2), 424-434. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170846>.
- Anderson, M. C., Banker, R. D., & Janakiraman, S. N. (2003). Are selling, general and administrative costs “sticky”? *Journal of Accounting Research*, 41(1), 47-63. <https://doi.org/10.1111/1475-679X.00095>.
- Anderson, S. W., & Lanen, W. N. (2009). Understanding cost management: What can we learn from the evidence on 'sticky costs'? *The Ann Arbor Journal*, 1001.
- Argilés-Bosch, J. M., & Blandón, J. G. (2011). The influence of size on cost behaviour associated with tactical and operational flexibility. *Estudios de Economía*, 38(2), 419-455. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52862011000200004>.
- Argilés-Bosch, J. M., Blandón, J. G., Ravenda, D., Valencia-Silva, M. M., & Somoza, A. (2017). The influence of the trade-off between profitability and future increases in sales

on cost stickiness. *Estudios de Economia*, 44(1), 81-104.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52862017000100081>.

Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1998). Brasília, DF.

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/conadc/1988/constituicao.adct-1988-5-outubro-1988-322234-normaatualizada-pl.pdf>.

Avelar, E. A., Rodrigues, L. T., Silva, M. M., & Santos, W. C. (2019). Custos assimétricos (sticky costs): um estudo aplicado a operadoras de planos de saúde da modalidade medicina de grupo. *Mundo Livre: Revista Multidisciplinar*, 5(2), 3-20.

Avelar, E. A., Santos, W. C., Souza, A. A., & Cailleau, R. (2021). Custos assimétricos e regulação em operadoras de planos de saúde. *Revista de Contabilidade e Organizações*, 15, 1-14. <https://doi.org/10.11606/issn.1982-6486.rco.2021.169260>.

Balakrishnan, R., & Gruca, T. S. (2008). Cost stickiness and core competency: a note. *Contemporary Accounting Research*, 25(4), 993-1006.
<https://doi.org/10.1506/car.25.4.2>.

Balakrishnan, R., Labro, E. & Soderstrom, N. S. (2014). Cost structure and sticky costs. *Journal of Management Accounting Research*, 26(2), 91-116.
<https://doi.org/10.2308/jmar-50831>.

Balakrishnan, R., Petersen, M. J., & Soderstrom, N. S. (2004). Does capacity utilization affect the 'stickiness' of cost? *Journal of Accounting, Auditing and Finance*, 19(3), 283-299.
<https://doi.org/10.1177/0148558X0401900303>.

Balakrishnan, R., Soderstrom, N. S., & West, T. D. (2007). Spending patterns with lapsing budgets: Evidence from US army hospitals. *Journal of Management Accounting Research*, 19(1), 1-23. <https://doi.org/10.2308/jmar.2007.19.1.1>.

Banco Central do Brasil. BCB. (2022). *Metas para a inflação*.
<https://www.bcb.gov.br/controleinflacao/metainflacao>.

Banker, R. D., & Byzalov, D. (2014). Asymmetric cost behavior. *Journal of Management Accounting Research*, 26(2), 43-79. <https://doi.org/10.2308/jmar-50846>.

Banker, R. D., & Chen, T. L. (2006, November). Labor market characteristics and cross-country differences in cost stickiness. *AAA Annual Conference*. Denver, Colorado.
<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.921419>.

Banker, R. D., Byzalov, D., & Chen L. (2013). Employment protection legislation, adjustment costs and cross-country differences in cost behavior. *Journal of Accounting and Economics*, 55(1), 111-127. <https://doi.org/10.1016/j.jacceco.2012.08.003>.

Banker, R. D., Ciftci, M., & Mashruwala, R. (2008). Managerial optimism, prior period sales changes, and sticky cost behavior. *Social Science Research Network*.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1599284.

Banker, R., Byzalov, D., & Plehn-Dujowich, J. M. (2011). Sticky cost behavior: Theory and evidence. *Social Science Research Network*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1659493>.

- Barra, D. C. C., Nascimento, E. R. P., Martins, J., Albuquerque, G. L., & Erdmann, A. L. (2006). Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(3), 422-430. <https://doi.org/10.5216/ree.v8i3.7081>.
- Barros, M. B. D. A., Francisco, P. M. S. B., Zanchetta, L. M., & César, C. L. G. (2011). Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3755-3768. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000012>.
- Bates, D., Mächler, M., Bolker, B., & Walker, S. (2015). Fitting linear mixed-effects models using lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1-48. <https://doi.org/10.18637/jss.v067.i01>.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2008). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 7. ed. Petrópolis: Vozes.
- Becker, C., Cesar, C. M., Gallas, D., & Weber, M. H. (2017). Manifestações e votos sobre impeachment de Dilma Rousseff na primeira página de jornais brasileiros. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*, 13(24).
- Benston, G. J. (1966). Multiple regression analysis of cost behavior. *The Accounting Review*, 41(4), 657-672. <https://www.jstor.org/stable/243582>.
- Bleicher, L., & Bleicher, T. (2016). *Parte 1: introdução ao sistema único de saúde (SUS)*. Esse tal de SUS. Saúde para todos, já! 3. ed. Salvador: EDUFBA, 15-40. <https://doi.org/10.7476/9788523220051.0003>.
- Blue, G., Moazez, E., Khanhossini, D., & Nikoonesbati, M. (2013). The relationship between perspective managers and 'sticky costs' in the Tehran stock exchange. *Social Science Research Network*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2216631.
- Borgert, A., Crispim, C. H., & De Almeida, E. da S. (2011). Comportamento dos custos em hospitais administrados pela secretaria de estado da saúde de Santa Catarina. *Revista Universo Contábil*, 7(4), 22-38. <https://doi.org/10.4270/ruc.2011429>.
- Bradbury, M. E., & Scott, T. (2018). Do managers forecast asymmetric cost behaviour? *Australian Journal of Management*, 43(4), 538-554. <https://doi.org/10.1177/0312896218773136>.
- Britto J. (2002). *Redes de cooperação entre empresas*. In: Kupfer D. & Hasenclever, L. Economia Industrial: Fundamentos teóricos e práticas no Brasil. 9 ed. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Bugeja, M., Lu, M., & Shan, Y. (2015). Cost stickiness in Australia: characteristics and determinants. *Australian Accounting Review*, 25(3), 248-261. <https://doi.org/10.1111/auar.12066>.
- Burt, R. S., Meltzer, D. O., Seid, M., Borgert, A., Chung, J. W., Colletti, R. B., Dellal, G., Kahn, S. A., Kaplan, H. C., Peterson, L. E., & Margolis, P. (2012). What's in a name generator? Choosing the right name generators for social network surveys in healthcare

- quality and safety research. *BMJ Quality & Safety*, 21(12), 992-1000.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000521>.
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, 17(1), 77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
- Calleja, K., Steliaros, M., & Thomas, D. C. (2006). A note on cost stickiness: some international comparisons. *Management Accounting Research*, 17(2), 127-140.
<https://doi.org/10.1016/j.mar.2006.02.001>.
- Campagnoni, M., Fabre, V. V., Borgert, A., & Rover, S. (2021). Cost stickiness nos governos locais de Santa Catarina. *Revista Catarinense da Ciência Contábil*, 20, 1-15, e3148.
<https://doi.org/10.16930/2237-766220213148>.
- Campos, M. de S., & Silva, L. L. (2020, outubro). Gestão social, economia e solidariedade: Habermas, Polanyi e o paradigma do mercado autorregulado. *XLIV Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração - EnANPAD*, Evento On-Line, Brasil, 44.
- Cannon, J. N. (2014). Determinants of "sticky costs": an analysis of cost behavior using United States air transportation industry data. *The Accounting Review*, 89(5), 1645-1672.
<https://doi.org/10.2308/accr-50806>.
- Carneiro, L. A. F., Campino, A. C. C., Leite, F., Rodrigues, C. G., Santos, G. M. M. dos, & Silva, A. R. A. (2013). *Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro* [livro eletrônico]. São Paulo, IESS.
<https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-04/ES03-ENVELHECIMENTO%20POPULACIONAL%20E%20OS%20DESAFIOS%20PARA%20O%20SISTEMA%20DE%20SA%20C3%9ADE%20BRASILEIRO.pdf>.
- Cavalcante, G. M., de Aquino, M. M. F., Israel, S. M. B., & Ceolin, A. C. (2017). Práticas contábeis no setor público: a percepção dos contabilistas do IFAL sobre a aplicação da norma brasileira de contabilidade aplicada ao setor público – NBC TSP 16.10. *Revista de Informação Contábil – RIC*, 11(2), 1-18.
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/ricontabeis/article/viewFile/230377/24830>.
- Chen, C. X., Lu, H., & Sougiannis, T. (2012). The agency problem, corporate governance, and the asymmetrical behavior of selling, general, and administrative costs. *Contemporary Accounting Research*, 29(1), 252-282.
<https://doi.org/10.1111/j.1911-3846.2011.01094.x>.
- Chen, J. V., Kama, I., & Lehavy, R. (2019). A contextual analysis of the impact of managerial expectations on asymmetric cost behavior. *Review of Accounting Studies*, 24(2), 665-693.
<https://doi.org/10.1007/s11142-019-09491-2>.
- Cheong, L. H., Armour, C. L., & Bosnic-Anticevich, S. Z. (2013). Primary health care teams and the patient perspective: a social network analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(6), 741-757. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.12.003>.
- Chiaverini, D. H., Gonçalves, D. A., Ballester, D., Tófoli, L. F., Chazan, L. F., Almeida, N., & Fortes, S. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da

- Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf.
- CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. (2022). *Consulta estabelecimentos*.
<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>.
- Cohen, S., Karatzimas, S., & Naoum, V. C. (2017). The sticky cost phenomenon at the local government level: Empirical evidence from Greece. *Journal of Applied Accounting Research*, 18(4), 445-463. <https://doi.org/10.1108/JAAR-03-2015-0019>.
- CONITEC, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. (2022). *A comissão*. <http://conitec.gov.br/entenda-a-conitec-2>.
- Conselho Federal de Contabilidade. (2022). *NBC TSP do Setor Público*.
<https://cfc.org.br/tecnica/normas-brasileiras-de-contabilidade/nbc-tsp-do-setor-publico/>.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1998). Brasília, DF.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
- Costa, M. D., Habib, A., & Bhuiyan, M. B. U. (2021). Financial constraints and asymmetric cost behavior. *Journal of Management Control*, 32(1), 33-83.
<https://doi.org/10.1007/s00187-021-00314-7>.
- Dalla Via, N., & Perego, P. (2013). Sticky cost behaviour: evidence from small and medium sized companies. *Accounting & Finance*, 54(3), 1-26. <https://doi.org/10.1111/acfi.12020>.
- Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011*. (2011). Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.
- Decreto n. 9.988, de 15 de maio de 2012*. (2012). Regulamenta o acesso à informação pública pelo cidadão (Lei Federal n. 12.527/2011), no âmbito do poder executivo municipal, cria normas de procedimentos e dá outras providências.
<https://leismunicipais.com.br/a1/sc/f/florianopolis/decreto/2012/999/9988/decreto-n-9988-2012-regulamenta-o-acesso-a-informacao-publica-pelo-cidadao-lei-federal-n-12527-2011-no-ambito-do-poder-executivo-municipal-cria-normas-de-procedimentos-e-da-outras-providencias?q=9988>.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (1994). *Handbook of qualitative research*. Londres: Sage.
- Dermindo, M. P. (2019). Gestão eficiente na saúde pública brasileira. *JMPHC - Journal of Management & Primary Health Care*, 11. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v11iSup.933>.
- Dierynck, B., Landsman, W. R., & Renders, A. (2012). Do managerial incentives drive cost behavior? Evidence about the role of the zero earnings benchmark for labor cost behavior in private Belgian firms. *The Accounting Review*, 87(4), 1219-1246.
<https://doi.org/10.2308/accr-50153>.

- Dos Santos, M. M. B., Catapan, A., De Oliveira, A. G., & Soares, I. (2017). Sticky costs: an empirical study in Brazilian and the North American companies of the energy sector. *REBRAE*, 10(1), 92-113. <http://dx.doi.org/10.7213/rebrae.10.001.AO05>.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *The Academy of Management Review*, 14(4), 532-550. <https://doi.org/10.5465/amr.1989.4308385>.
- Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000.* (2000). Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm.
- Fabre, V. V. (2021). *Comportamento dos custos governamentais sob a ótica da Teoria das Finanças Públicas*. (Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, Florianópolis, SC). 121 p. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/231193/PPGC0240-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>.
- Fazoli, J. C., Reis, L. S., & Borgert, A. (2018). O comportamento dos custos das indústrias do estado de Santa Catarina com ênfase nos sticky costs. *Enfoque*, 37(2), 37-50. <https://doi.org/10.4025/enfoque.v37i2.33393>.
- Fernandez, D. W. X. (1993). Método da máxima verossimilhança restrita para estimação de componentes de variância. *Cadernos de Matemática Estatística, Série A*(33), p. 1-41.
- Figueiredo, J. O., Prado, N. M. D. B. L., Medina, M. G., & Paim, J. S. (2018). Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde em Debate*, 42(2), 37-47. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S203>.
- Garrison, R. H., & Noreen, E. W. (2007). *Contabilidade gerencial*. (J. L. Paravato, Trad.). Rio de Janeiro: LTC.
- Gobbo, S. C. de O. (2016). Aplicação da teoria de redes no contexto de uma rede de médicos com vínculos profissionais em unidades de saúde públicas e privadas. São Carlos. 1959 p. (Tese de Doutorado, Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção). 195 p. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18156/tde-01092016-153347/pt-br.php>.
- Godoy, A. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35(3), 20-29. <https://doi.org/10.1590/S0034-75901995000300004>.
- Gonzalez-Brambila, C. N., Veloso, F. M., & Krackhardt, D. (2013). The impact of network embeddedness on research output. *Research Policy*, 42(9), 1555-1567. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2013.07.008>.
- Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360-1380. <https://doi.org/10.1086/225469>.
- Granovetter, M. (1983). The strength of weak ties: a network theory revisited. *Sociological Theory*, 1, 201-233.

- Granovetter, M. (1985). Economic action and social structure: The problem of embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91(3), 481-510. https://www.jstor.org/stable/2780199?seq=4#metadata_info_tab_contents.
- Granovetter, M. (2005). The impact of social structure on economic outcomes. *Journal of economic perspectives*, 19(1), 33-50. <https://doi.org/10.1257/0895330053147958>.
- Grejo, L. M., Abbas, K., Camacho, R. R., & Junqueira, E. (2019). A influência do ativo imobilizado no comportamento assimétrico dos custos. *Revista Contemporânea de Contabilidade*, 16(38), 35-56. <https://doi.org/10.5007/2175-8069.2019v16n38p35>.
- Guenther, T. W., Riehl, A., & Rößler, R. (2013). Cost stickiness: state of the art of research and implications. *Journal of Management Control*, 24, 301-318. <https://doi.org/10.1007/s00187-013-0176-0>.
- Gujarati, D. (2006). *Econometria básica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Gulati, R., & Gargiulo, M. (1999). Where do interorganizational networks come from? *American Journal of Sociology*, 104(5), 1439-1493. <http://www.jstor.org/stable/10.1086/210179>.
- Hammer, P. J. (2007). The architecture of health care markets: Economic sociology and antitrust law. *Houston Journal of Health Law & Policy*, 7, 227-264. <https://digitalcommons.wayne.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1224&context=lawfrp>.
- Harville, D. A. (1977). Maximum likelihood approaches to variance component estimation and to related problems. *Journal of the American statistical association*, 72(358), 320-338. <https://doi.org/10.2307/2286796>.
- He, D., Teruya, J., & Shimizu, T. (2010). Sticky selling, general and administrative cost behavior and its changes in Japan. *Global Journal of Business Research*, 4(4), 1-10.
- Hite, J. M., Williams, E. J., & Baugh, S. C. (2007). Multiple networks of public-school administrators: An analysis of network content and structure. *International Journal of Leadership in Education*, 8(2), 91-122. <https://doi.org/10.1080/1360312042000329086>.
- Hoffmann, K. (2017). *Cost behavior: An empirical analysis of determinants and consequences of asymmetries*. (Tese de Doutorado, Copenhagen Business School, Departamento de Contabilidade). <https://research.cbs.dk/en/publications/cost-behavior-an-empirical-analysis-of-determinants-and-consequen>.
- Holzhaecker, M., Krishnan, R., & Mahlendorf, M. D. (2015a). The impact of changes in regulation on cost behavior. *Contemporary Accounting Research*, 32(2/2), 534-566. <https://doi.org/10.1111/1911-3846.12082>.
- Holzhaecker, M., Krishnan, R., & Mahlendorf, M. D. (2015b). Unraveling the black box of cost behavior: An empirical investigation of risk drivers, managerial resource procurement, and cost elasticity. *The Accounting Review*, 90(6), 2305-2335. <https://doi.org/10.2308/accr-51092>.

- Hosomi, S., & Nagasawa, S. (2018a). A study on the effect of amalgamation on the cost behavior of local public enterprises. *Asia-Pacific Management Accounting Journal (APMAJ)*, 13(3), 109-130.
- Hosomi, S., & Nagasawa, S. (2018b). Empirical study on asymmetric cost behavior: analysis of the sticky costs of local public enterprises. *Asia-Pacific Management Accounting Journal (APMAJ)*, 13(2), 55-82.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022a). *Contas nacionais anuais: tabela 6784 - produto interno bruto*. Rio de Janeiro: IBGE. <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6784>.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022b). *Estimativas da população*. Rio de Janeiro: IBGE. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=17283&t=downloads>.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022c). *IPCA: Índice nacional de preços ao consumidor amplo: resultados por subitem 2016 a 2018*. Rio de Janeiro: IBGE. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplo.html?=&t=downloads>.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022d). *PIB Produto interno bruto dos municípios: série histórica 2010-2018*. Rio de Janeiro: IBGE. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?edicao=29720&t=resultados>.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022e). *Painel PNAB contínua: Taxa média de desocupação*. Rio de Janeiro: IBGE. <https://painel.ibge.gov.br/pnadc/>.
- Ibrahim, A. E. A. (2015). Economic growth and cost stickiness: evidence from Egypt. *Journal of Financial Reporting and Accounting*, 13(1), 119-140. <https://doi.org/10.1108/JFRA-06-2014-0052>.
- Jalilian, M., & Elyssai, E. V. (2014). Review and analyzing the factors affecting the stickiness behavior of general administration costs and sales of listed companies in Tehran Stock Exchange. *Applied mathematics in Engineering, Management and Technology*, 2(4), 584-596.
- Kallapur, S., & Eldenburg, L. (2005). Uncertainty, real options, and cost behavior: Evidence from Washington state hospitals. *Journal of Accounting Research*, 43(5), 735-752. <https://doi.org/10.1111/j.1475-679X.2005.00188.x>.
- Kama, I., & Weiss, D. (2013). Do earnings targets and managerial incentives affect sticky costs? *Journal of Accounting Research*, 51(1), 201-224. <https://doi.org/10.1111/j.1475-679X.2012.00471.x>.
- Kim, J. B., Lee, J. J., & Park, J. C. (2022). Internal control weakness and the asymmetrical behavior of selling, general, and administrative costs. *Journal of Accounting, Auditing & Finance*, 37(1), 259-292.
- Kokotakis, V., Mantalis, G., Garefalakis, A., Zanidakis, N., & Galifianakis, G. (2013). The sticky cost on Greek food, beverages and tobacco limited companies. *International*

Journal of Economics & Business Administration, 1(2), 49-58.
<https://doi.org/10.35808/ijeba/10>.

Krippner, G. R. (2002). The elusive market: Embeddedness and the paradigm of economic sociology. *Theory and Society*, 30(6), 775-810. <https://www.jstor.org/stable/658117>.

Krishnan, R. (2015). Management accountant - What ails thee? *Journal of Management Accounting Research*, 27(1), 177-191. <https://doi.org/10.2308/jmar-10461>.

Krisnadewi, K. A., & Soewarno, N. (2021). Optimism and profit-based incentives in cost stickiness: an experimental study. *Journal of Management Control*, 32(1), 7-31.
<https://doi.org/10.1007/s00187-020-00309-w>.

Kumala, H. I., Ojala, M., Ahoniemi, L., & Uusi-Rauva, E. (2016). Unit cost Behaviour in public sector outsourcing. *International Journal of Public Sector Management*, 19(2), 130-149. <https://doi.org/10.1108/09513550610650400>.

Laranjeira, C. A. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *Universitas Psychologica*, 7(2), 469-476.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672008000200013&script=sci_arttext&tlng=pt.

Lei Complementar n. 101, de 04 de maio de 2000. (2000). Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm.

Lei Complementar n. 131, de 27 de maio de 2009. (2009). Acrescenta dispositivos à Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp131.htm.

Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. (2012). Dispõe 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.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm.

Lei Complementar n. 63, de 23 de setembro de 2003. (2003). Dispõe sobre o estatuto dos servidores públicos do município de Florianópolis. Câmara Municipal De Florianópolis – CMF. <https://leismunicipais.com.br/estatuto-do-servidor-funcionario-publico-florianopolis-sc>.

Lei Municipal n. 9.447, de 20 de janeiro de 2014. (2014) Institui o portal da transparência de Florianópolis. <https://leismunicipais.com.br/a/sc/f/florianopolis/lei-ordinaria/2014/945/9447/lei-ordinaria-n-9447-2014-institui-o-portal-da-transparencia-de-florianopolis?q=9447>.

Lei n. 10.520, de 17 de julho de 2002. (2002). Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110520.htm

- Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011.* (2011). Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm.
- Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011.* (2011). Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do artigo 5, no inciso II do § 3º do artigo 37 e no § 2º do artigo 216 da Constituição Federal; altera a Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei n. 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei n. 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm
- Lei n. 14.133, de 01 de abril de 2021.* (2021). Lei de Licitações e Contratos Administrativos.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14133.htm.
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.* (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.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
- Lei n. 8.666, de 21 de julho de 1993.* (1993). Regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18666cons.htm.
- Lei n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993.* (1993). Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do artigo 37 da Constituição Federal, e dá outras providências.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18745cons.htm.
- Lei n. 9.504, de 30 de setembro de 1997.* (1997). Estabelece normas para as eleições.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19504.htm.
- Lei n. 9.962, de 22 de fevereiro de 2000.* (2000). Disciplina o regime de emprego público do pessoal da Administração federal direta, autárquica e fundacional, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19962.htm.
- Leone, A. J., & Rock, S. (2002). Empirical tests of budget ratcheting and its effect on managers' discretionary accrual choices. *Journal of Accounting and Economics*, 33(1), 43-67. [https://doi.org/10.1016/S0165-4101\(01\)00044-1](https://doi.org/10.1016/S0165-4101(01)00044-1).
- Li, L. (2013). Study of corporate governance on relation between self-interest incentive and cost stickiness. *International Journal of Digital Content Technology and its Applications*, 7(6), 706-715.
- Lopes Júnior, E. (2002). As potencialidades analíticas da nova sociologia econômica. *Sociedade e Estado*, 17(1), 39-62. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922002000100004>.
- Machado, D. S., & do Nascimento, M. R. (2010). A utilização do termo imersão social nas pesquisas em administração. *Caderno de Administração*, 18(2), 54-61.
<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CadAdm/article/view/16255>.

- Machado, N., & Holanda, V. B. (2010). Diretrizes e modelo conceitual de custos para o setor público a partir da experiência no governo federal do Brasil. *Revista de Administração Pública*, 44(4), 791-820. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122010000400003>.
- Malcom, R. E. (1991). Overhead control implications of activity costing. *Accounting Horizons*, 5(4), 69-78.
- Malik, M. (2012). A review and synthesis of 'cost stickiness' literature. *Social Science Research Network*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2276760.
- Mandják, T., & Szántó, Z. (2010). How can economic sociology help business relationship management? *Journal of Business & Industrial Marketing*, 25(3), 202-208. <https://doi.org/10.1108/08858621011027795>.
- Marques, A. V. C., Santos, C. K. S., Lima, F. D. C., & Costa, P. S. (2014). Cost stickiness in Latin American open companies from 1997 to 2012. *European Scientific Journal, ESJ*, 10(10), 270-282. <https://doi.org/10.19044/esj.2014.v10n10p%25p>.
- Marteletto, R. M. (2001). Análise de redes sociais-aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ciência da Informação*, 30(1), 71-81. <https://www.scielo.br/j/ci/a/6Y7Dyj4cVd5jdRkXJVxhxqN/?format=pdf&lang=pt>.
- Martes, A. C. B. (2009). *Redes e sociologia econômica*. São Paulo, EdUFSCar.
- Mayring, P. (2014). *Qualitative content analysis: Theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Austrália: Klagenfurt. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-395173>.
- Medeiros, O. R. D., Costa, P. D. S., & Silva, C. A. T. (2005). Testes empíricos sobre o comportamento assimétrico dos custos nas empresas brasileiras. *Revista Contabilidade & Finanças*, 16(38), 47-56. <https://doi.org/10.1590/S1519-70772005000200005>.
- Meltzer, D., Chung, J., Khalili, P., Marlow, E., Arora, V., Schumock, G., & Burt, R. (2010). Exploring the use of social network methods in designing healthcare quality improvement teams. *Social Science & Medicine*, 71(6), 1119-1130.
- Mendes, E. V. (1999). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 549 p. ISBN: 978-85-7967-075-6.
- Merhy, E. E. (1997). *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: Merhy, E. E., Onocko, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 71-112.
- Ministério da Cidadania. (2022). *Programa restaurante popular*. <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/carta-de-servicos/desenvolvimento-social/inclusao-social-e-produtiva-rural/programa-restaurante-popular>.

- Ministério da Saúde. (2001). *Manual de rede de frio*. (3. ed.). Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rede_frio.pdf.
- Ministério da Saúde. (2014). *Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. 160 p. ISBN 978-85-334-2115-8.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf.
- Ministério da Saúde. (2021a). *Diretrizes estratégicas*.
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/diretrizes.php>.
- Ministério da Saúde. (2021b). *Sistema único de saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona*. <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>.
- Ministério da Saúde. (2022a). Programa academia da saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS.
<https://aps.saude.gov.br/ape/academia#:~:text=O%20Programa%20Academia%20da%20Sa%C3%BAde,de%20atividades%20f%C3%ADsicas%20para%20popula%C3%A7%C3%A3o>.
- Ministério da Saúde. (2022b). *Programa nacional de imunizações – Vacinação*. Brasília: Ministério da Saúde. Ações e Programas. <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-nacional-de-imunizacoes-vacinacao>.
- Ministério da Saúde. (2022c). *Redes de atenção à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS. <https://aps.saude.gov.br/smp/smpras>.
- Ministério Público Federal. (2022). *Ranking nacional da transparência*.
<http://combateacorrupcao.mpf.mp.br/ranking>.
- Nagasawa, S. (2018). Asymmetric cost behavior in local public enterprises: exploring the public interest and striving for efficiency. *Journal of Management Control*, 29(3-4), 225-273. <https://doi.org/10.1007/s00187-018-0269-x>.
- Nagasawa, S. (2019). Verification of asymmetric cost behavior in merged local public enterprises. *Japan Federation of Management Related Academies*, 3(2), 19-53.
- Nagasawa, S., & Nagasawa, M. (2021). Free riding, empire building, and cost management prior to and post municipal enterprise mergers in Japan. *Asia-Pacific Journal of Accounting & Economics*, 28(1), 94-116.
<https://doi.org/10.1080/16081625.2020.1845001>.
- Nassirzadeh, F., Saei, M. J., Salehi, M., & Haddad, A. (2013). A study of the stickiness of cost of goods sold and operating costs to changes in sales level in Iran. *Studies in Business and Economics*, 8(2), 79-89.
- Noreen, E., & Soderstrom, N. (1994). Are overhead costs strictly proportional to activity? Evidence from hospital departments. *Journal of Accounting and Economics*, 17(1-2), 255-278. [https://doi.org/10.1016/0165-4101\(94\)90012-4](https://doi.org/10.1016/0165-4101(94)90012-4).

- Noreen, E., & Soderstrom, N. (1997). The accuracy of proportional cost models: evidence from hospital service departments. *Review of Accounting Studies*, 2(1), 89-114. <https://doi.org/10.1023/A:1018325711417>.
- Nota Técnica n. 3, de 28 de janeiro de 2020.* (2020.). Departamento de Saúde da Família (DESF). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Ministério da Saúde (MS). <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>.
- OECD, Organization for Economic Co-operation and Development. (2022). *Employment protection legislation*. https://www.oecd-ilibrary.org/employment/data/employment-protection-legislation_lfs-epl-data-en.
- Oliveira, N. R. de C. (2016). *Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes*. São Luís, Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. 54 p. ISBN: 978-85-7862-583-2.
- Paes-Sousa, R., Rasella, D., & Carepa-Sousa, J. (2018). Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. *Saúde em Debate*, 42, 172-182. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S313>.
- Pamplona, E., Fiirst, C., Silva, T. B. D. J., & Zonatto, V. C. D. S. (2016). Sticky costs in cost behavior of the largest companies in Brazil, Chile and Mexico. *Contaduría y administración*, 61(4), 682-704. <https://doi.org/10.1016/j.cya.2016.06.007>.
- Pervan, M., & Pervan, I. (2012). Analysis of sticky costs: evidence from Croatian food and beverage industry. *International Journal of Mathematical Models and Methods in Applied Sciences*, 6(2), 963-970.
- Polanyi, K. (2000). *A grande transformação: As origens da nossa época*. (2. ed., F. Wrobel, Trad.). Rio de Janeiro: Campus.
- Porporato, M., & Werbin, E. M. (2010, Agosto). Active cost management in banks: evidence of sticky costs in Argentina, Brazil and Canada. *AAA Annual Conference*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1659228>.
- Portaria GM/MS n. 715, de 4 de abril de 2022.* (2022). Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n. 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>.
- Portaria n. 1.010, de 21 de maio de 2012.* (2012). Redefine as diretrizes para a implantação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192) e sua central de regulação das urgências, componente da rede de atenção às urgências. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html.
- Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011.* (2011). Institui, no âmbito do sistema único de saúde - SUS - a rede cegonha. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html.

- Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011.* (2011). Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no sistema único de saúde (SUS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.
- Portaria n. 1.601, de 7 de julho de 2011.* (2011). Estabelece diretrizes para a implantação do componente unidades de pronto atendimento (upa 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da rede de atenção às urgências, em conformidade com a política nacional de atenção às urgências. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html.
- Portaria n. 1.903, de 4 de setembro de 2013.* (2013). Altera os artigos 4, 6, 10, 25 e o anexo I da portaria n. 340/gm/ms, de 4 de março de 2013 que redefine o componente construção do programa de requalificação de unidades básicas de saúde (UBS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1903_04_09_2013.html.
- Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012.* (2012). Institui a unidade de acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (unidade de acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da rede de atenção psicossocial. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html.
- Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2011.* (2011). Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html.
- Portaria n. 123, de 25 de janeiro de 2012.* (2012). Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de consultório na rua (ECR) por município. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html.
- Portaria n. 131, de 26 de janeiro de 2012.* (2012). Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html.
- Portaria n. 132, de 26 de janeiro de 2012.* (2012). Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente reabilitação psicossocial da rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde (SUS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html.
- Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012.* (2012). Define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente hospitalar da rede de atenção psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html.
- Portaria n. 2.351, de 5 de outubro de 2011.* (2011). Altera a Portaria n. 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do sistema único de saúde (SUS), a rede cegonha. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html.

- Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017.* (2017). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- Portaria n. 22, de 09 de novembro de 2016.* (2016). Aprova a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde para organização dos serviços e gestão e direcionamento das ações de educação permanente no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis.
http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29_11_2016_16.17.33.73c009e15b1538cd39469d1b7ec80eb2.pdf.
- Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011.* (2011). Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde (SUS).
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- Portaria n. 3.089, de 23 de dezembro de 2011.* (2011). Dispõe, no âmbito da rede de atenção psicossocial, sobre o financiamento dos centros de atenção psicossocial (CAPS) e dá outras providências.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html.
- Portaria n. 3.090, de 23 de dezembro de 2011.* (2011). Altera a portaria n. 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da rede de atenção psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos (SRT).
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html.
- Portaria n. 321, de 8 de fevereiro de 2007.* (2007). Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais OPM do Sistema Único de Saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0321_08_02_2007_comp.html.
- Portaria n. 340, de 4 de março de 2013.* (2013). Redefine o componente construção do programa de requalificação de unidades básicas de saúde (UBS).
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0340_04_03_2013.html.
- Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.* (2010). Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
- Portaria n. 483, de 1 de abril de 2014.* (2014). Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do sistema único de saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html.
- Portaria n. 548, de 24 de setembro de 2015.* (2015). Dispõe sobre prazos-limite de adoção dos procedimentos contábeis patrimoniais aplicáveis aos entes da Federação.
https://www.cnm.org.br/cms/images/stories/Links/30092015_CPU_Portaria_STN_548-2015_-_PIPCPI.pdf

- Portaria n. 650, de 5 de abril de 2011.* (2011).
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202011/prt0650_05_10_2011.html.
- Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012.* (2012). Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.
- Portaria n. 835, de 25 de abril de 2012.* (2012). Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o componente atenção especializada da rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html.
- Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013.* (2013). Redefine a atenção domiciliar no âmbito do sistema único de saúde (SUS).
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.
- Prefeitura de Florianópolis. (2022). *Portal da Transparência*.
<http://www.pmf.sc.gov.br/transparencia/index.php?pagina=sobre&menu=3>.
- R Core Team. (2021). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. www.R-project.org.
- Rabelo, E. C., Borgert, A. & Medeiros, C. S. C. (2009). Apropriação dos custos indiretos de fabricação em indústrias cerâmicas do sul catarinense. *XVI Congresso Brasileiro de Custos*. Fortaleza: ABC. <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/1158>.
- Raud-Mattedi, C. (2005). A construção social do mercado em Durkheim e Weber: análise do papel das instituições na sociologia econômica clássica. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 20(57), 127-142. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092005000100008>.
- Reagans, R., & McEvily, B. (2003). Network structure and knowledge transfer: The effects of cohesion and range. *Administrative Science Quarterly*, 48(2), 240-267.
<https://doi.org/10.2307/3556658>.
- Reis, L. S. (2019). *Reflexos da decisão deliberada dos gestores nos custos de stickiness*. (Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, Florianópolis, SC). <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/214572>.
- Reis, L. S., & Borgert, A. (2018). Análise das pesquisas em comportamento dos custos. *Revista de Custos e Agronegócio online*, 14(1), 184-210.
- Reis, L. S., & Borgert, A. (2019). Análise conjunta de fatores explicativos para o comportamento assimétrico dos custos. *Revista Contemporânea de Contabilidade*, 16(40), 91-109. <https://doi.org/10.5007/2175-8069.2019v16n40p91>.
- Resolução CNAS n. 145, de 15 de outubro de 2004.* (2004). Aprova a Política Nacional de Assistência Social. PNAS. <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acao-a-informacao/legislacao/antigos/resolucao-cnas-no-145-de-15-de-outubro-de-2004>.
- Resolução n. 287, de 8 de outubro de 1998.* (1998). Reconhece as categorias profissionais de saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html.

- Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004.* (2004). Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e dá outras providências. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html.
- Richartz, F. (2016). *Fatores explicativos para o comportamento assimétrico dos custos das empresas brasileiras.* (Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, Florianópolis, SC). <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/172571>.
- Richartz, F., & Borgert, A. (2014). O comportamento dos custos das empresas brasileiras listadas na BM&FBOVESPA entre 1994 e 2011 com ênfase nos sticky costs. *Contaduría y administración*, 59(4), 39-70. [https://doi.org/10.1016/S0186-1042\(14\)70154-8](https://doi.org/10.1016/S0186-1042(14)70154-8).
- Richartz, F., & Borgert, A. (2021). Fatores explicativos para o comportamento assimétrico dos custos das empresas listadas na B3. *Revista Universo Contábil*, 16(3). <https://doi.org/10.4270/RUC2020313>.
- Richartz, F., Nunes, P., Borgert, A., & Dorow, A. (2011, Novembro). Comportamento dos custos das empresas catarinenses que atuam no segmento fios e tecidos da BM&FBOVESPA. *XVIII Congresso Brasileiro de Custos*. Rio de Janeiro: ABC. <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/522>.
- Romo, F. P., & Schwartz, M. (1995). The structural embeddedness of business decisions: The migration of manufacturing plants in New York State, 1960 to 1985. *American Sociological Review*, 60(6), 874-907. <https://doi.org/10.2307/2096431>.
- Rouxelin, F., Wongsunwai, W., & Yehuda, N. (2018). Aggregate cost stickiness in GAAP financial statements and future unemployment rate. *The Accounting Review*, 93(3), 299-325. <https://doi.org/10.2308/accr-51939>.
- Sacomano Neto, M. S., & Truzzi, O. M. S. (2004). Configurações estruturais e relacionais da rede de fornecedores: uma resenha compreensiva. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, 39(3), 255-263.
- Sacomano Neto, M., & Truzzi, O. M. S. (2009). Posicionamento estrutural e relacional em redes de empresas: uma análise do consórcio modular da indústria automobilística. *Gestão e Produção*, 16(4), 598-611. <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2009000400009>.
- Santos, T. B. S., Souza, J. S. D., Martins, J. S., Rosado, L. B., & Pinto, I. C. D. M. (2018). Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS. *Saúde em Debate*, 42, 247-261. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S217>.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2003). *Research methods for business students*. (3. ed.). Pearson Education Limited.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). *Research methods for business students*. (5. ed.). Pearson Education Limited.
- Secretaria de Estado da Saúde. (2022). *Redes de atenção à saúde*. Rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência.

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-4/redes-de-atencao-a-saude-1/rede-de-cuidados-a-saude-da-pessoa-com-deficiencia>.

Secretaria do Tesouro Nacional. Ministério da Fazenda. (2019). *Manual de contabilidade aplicado ao setor público* 8. ed.

https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::9:P9_ID_PUBLICACAO:31484.

Secretaria Municipal de Assistência Social. (2022). *Serviços da SEMAS*.

<https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/semas/index.php?pagina=servlistagem&menu=2&info=servicos>.

Secretaria Municipal de Saúde (2022a). *Dados*.

<http://www.pmf.sc.gov.br/sites/psms/index.php?pagina=home&menu=0>.

Secretaria Municipal de Saúde (2022b). *Territorilização*.

<https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=territorializacao&menu=7&submenuid=154>.

Secretaria Municipal de Saúde. (2021). *Sistema de gestão de custos*.

<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=sistema+de+gestao+de+custos>

Shust, E., & Weiss, D. (2014). Discussion of asymmetric cost behavior - sticky costs:

Expenses versus cash flows. *Journal of Management Accounting Research*, 26(2), 81-90.

<https://doi.org/10.2308/jmar-10406>.

SICONFI, Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro. (2022).

Relatório resumido da execução orçamentária (RREO) e balanço patrimonial.

https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/declaracao/declaracao_list.jsf.

SIGTAP. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. (2021). *Tabela unificada*. <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

Silva, T. A., & Sanches, S. L. R. (2021). Orçamento ou patrimônio? Análise de desempenho dos municípios paranaenses no contexto da transição do modelo orçamentário para o modelo patrimonialista da contabilidade pública. *Revista Contabilidade e Controladoria*, 12(2), 53-72. <http://dx.doi.org/10.5380/rcc.v12i2.74292>.

Simsek, Z., Lubatkin, M. H., & Floyd, S. W. (2003). Inter-firm networks and entrepreneurial behavior: A structural embeddedness perspective. *Journal of Management*, 29(3), 427-442. https://doi.org/10.1016/S0149-2063_03_00018-7.

SISREG. Sistema Nacional de Regulação. (2017). *Tipos de estabelecimentos*.

<https://wiki.saude.gov.br/SISREG/index.php/Categoria:UNIDADES>.

Smith-Doerr, L., & Powell, W. W. (1994). *Network and economic life*. In: Smelser, N. J., Swedberg, R. (Orgs.). *The Handbook of Economic Sociology*. Nova York: Princeton University Press.

Souza, F. G., & Lima, J. M. A. C. (2019, setembro). *Normas brasileiras de contabilidade aplicadas ao setor público: um estudo das demonstrações contábeis das entidades do*

sistema S do estado de Pernambuco. XIII Congresso UFPE de Ciências Contábeis – CONUCIC. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/SUCC>.

- Souza, F. R. de (2019). *Estrutura de custos rígida e seus reflexos nos sticky costs sob a ótica dos contratos*. (Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, Florianópolis, SC). <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/214750>.
- Spaniol, E. L., Ramos, I., Buglione, S., Delfino, D., & Razerra, M. E. (2013). Inserção social como categoria de análise socioeconômica: um estudo sobre administração pública e o setor imobiliário de Florianópolis. *Revista de Administração Pública*, 47(4), 949-974. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122013000400007>.
- Steiner, F. (2006). *A sociologia econômica*. (M. H. C. V. Trylinski, Trad.). São Paulo, Atlas.
- Subramaniam, C., & Watson, M. W. (2016). Additional evidence on the sticky behavior of costs. *Advances in Management Accounting*, 26, 275-305. <https://doi.org/10.1108/S1474-787120150000026006>.
- Swedberg, R. (2004). Sociologia econômica: hoje e amanhã. *Tempo Social*, 2, 7-34. <https://www.scielo.br/j/ts/a/dvSxLM8hKX5dKCQzK6xtQbq/?format=pdf&lang=pt>
- Szántó, Z. (1995). Social embeddedness of the economy. *Revija za Sociologiju*, 26(3-4). Edição especial: Sociology and Economics, 205-209. <https://hrcak.srce.hr/154578>.
- Tesouro Nacional Transparente. (2022). *Resultado do tesouro nacional – série histórica*. <http://www.tesourotransparente.gov.br/ckan/dataset/activity/resultado-do-tesouro-nacional>.
- Tribunal de Contas de Santa Catarina. (2022). *Portal do Cidadão. Limites constitucionais. Gastos com saúde. município de Florianópolis*. <http://servicos.tce.sc.gov.br/sic/homesic.php>.
- Tribunal Superior Eleitoral. (2022). *Divulgação de Candidaturas e Contas Eleitorais*. <https://divulgacandcontas.tse.jus.br/divulga/#/>.
- Uhr, J. G. Z., Schmechel, M., & Uhr, D. D. A. P. (2016). Relação entre saneamento básico no Brasil e saúde da população sob a ótica das internações hospitalares por doenças de veiculação hídrica. *Revista de Administração, Contabilidade e Economia da Fundace*, 7(2), 1-16. <http://dx.doi.org/10.13059/racef.v7i2.104>.
- Universidade Federal de Santa Catarina (2021). *Farmácia escola UFSC. Nossa história*. <https://farmaciaescola.ccs.ufsc.br/nossa-historia/>.
- Uy, A. O. O. (2014). The dynamics of firm competitiveness: evidence from cost behavior of Filipino Firms. *Academy of Accounting & Financial Studies Journal*, 18(4), 84-94.
- Uzzi, B. (1997). Social structure and competition in interfirm networks: The paradox of embeddedness. *Administrative Science Quarterly*, 42(1), 35-67. <https://doi.org/10.2307/2393808>.

- Venieris, G., Naoum, V. C., & Vlismas, O. (2015). Organisation capital and sticky behaviour of selling, general and administrative expenses. *Management Accounting Research*, 26, 54-82. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2014.10.003>.
- Venn, D. (2009). *OECD social, employment and migration working papers n. 89*. Legislation, collective bargaining and enforcement: updating the OECD employment protection indicators. <https://doi.org/10.1787/1815199X>.
- Wanderley, F. (2002). Avanços e desafios da nova sociologia econômica: Notas sobre os estudos sociológicos do mercado. *Sociedade e Estado*, 17(1), 15-38. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922002000100003>.
- Wasserman, S., & Faust, K. (1994). *Social network analysis*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Weiss, D. (2010). Cost behavior and analysts' earnings forecasts. *The Accounting Review*, 85(4), 1441-1471. <https://doi.org/10.2308/accr.2010.85.4.1441>.
- Werbin, E. M. (2011). Los costos pegadizos (sticky costs): una prueba empírica en bancos argentinos. *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión*, 7(14), 1-9.
- Werbin, E., Vinuesa, L. M., & Porporato, M. (2012). Costos pegajosos (sticky costs) en empresas españolas: un estudio empírico. *Contaduría y administración*, 57(2), 185-200.
- West, D. A. (2003). Three financial strategies. *Journal of Health Care Finance*, 30(1), 10-22.
- Wilkinson, J. (2002). Sociologia econômica, a teoria das convenções e o funcionamento dos mercados: "inputs" para analisar os micro e pequenos empreendimentos agroindustriais no Brasil. *Ensaio FEE*, 23(2), 805-824.
- Wu, T. C., Young, C. S., Yu, C. C., & Hsu, H. T. (2019). Are governmental expenditures also sticky? evidence from the operating expenditures of public schools. *Applied Economics*, 52(16), 1763-1776. <https://doi.org/10.1080/00036846.2019.1678731>.
- Xu, J., & Sim, J. W. (2017). Are costs really sticky and biased? Evidence from manufacturing listed companies in China. *Applied Economics*, 49(55), 5601-5613. <https://doi.org/10.1080/00036846.2017.1316823>.
- Yang, G., Kuang, Y., & Li, B. (2020). Staying idle or investing in prevention: the short-term and long-term impact of cost stickiness on firm value. *China Journal of Accounting Studies*, 8(2), 298-329. <https://doi.org/10.1080/21697213.2020.1859251>.
- Yang, Y. (2018). Do accruals earnings management constraints and intellectual capital efficiency trigger asymmetric cost behaviour? evidence from Australia. *Australian Accounting Review*, 29(1), 1-16. <https://doi.org/10.1111/auar.12250>.
- Yasukata, K., & Kajiwara, T. (February, 2011). Are 'Sticky Costs' the result of deliberate decision of managers? *Social Science Research Network*. <https://ssrn.com/abstract=1444746> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1444746>.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman.

- Yükçü, S., & Özkaya, H. (2011). Cost behavior in Turkish firms: are selling, general and administrative costs and total operating costs "sticky"? *World of Accounting Science*, 13(3), 1-28.
- Zanella, F., Oyelere, P., & Hossain, S. (2015). Are costs really sticky? Evidence from publicly listed companies in the UAE. *Applied Economics*, 47(60), 6519-6528. <https://doi.org/10.1080/00036846.2015.1080807>.
- Zhu, G., Hu, W., Peng, T., & Xue, C. (2021). The influence of corporate financialization on asymmetric cost behavior: weakening or worsening. *Journal of Business Economics and Management*, 22(1), 21-41. <https://doi.org/10.3846/jbem.2020.13634>.
- Zwanziger, J., & Melnick, G. A. (1988). The effects of hospital competition and the Medicare PPS program on hospital cost behavior in California. *Journal of Health Economics*, 7(4), 301-320. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(88\)90018-5](https://doi.org/10.1016/0167-6296(88)90018-5).

APÊNDICE A – Conceitos Relacionados aos *Costs Stickiness*

- Volume de Atividade
- Custo
- Ponto Simétrico

Aumento	Diminuição	Denominação	Referência
		Simetria (Modelo Tradicional)	Anderson <i>et al.</i> (2003)
		<i>Sticky Costs</i> (<i>Costs Stickiness</i>)	Anderson <i>et al.</i> (2003)
		<i>Anti-sticky Costs</i> (<i>Costs Stickiness</i>)	Balakrishnan <i>et al.</i> (2004); Weiss (2010); Banker <i>et al.</i> (2013)
		<i>Super-sticky</i> (<i>Costs Stickiness</i>)	Bradbury e Scott (2018)
		<i>Reverse-costs</i>	Fabre (2021)

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1: Percentuais hipotéticos para fim de exemplificação dos fenômenos

Nota 2: Para os *reverse costs* não se calcula ponto de simetria, por ser considerada uma categoria complementar, porém, dissociada dos *costs stickiness* (Fabre, 2021).

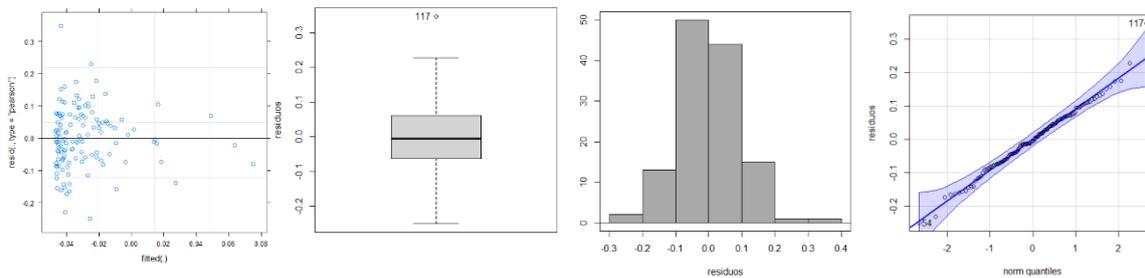
APÊNDICE B – Listagem das Unidades Contempladas no Estudo

	Nível de Atenção à Saúde	Tipo de Unidade	Unidade
1	Especializada	CAPS	CAPS Ponta do Coral
2	Especializada	CAPS	CAPS AD Continente
3	Especializada	CAPS	CAPS AD Ilha
4	Especializada	CAPS	CAPSI
5	Primária	CS/UBS	UBS Abraão
6	Primária	CS/UBS	UBS Agrônômica
7	Primária	CS/UBS	UBS Alto Ribeirão
8	Primária	CS/UBS	UBS Armação
9	Primária	CS/UBS	UBS Balneário
10	Primária	CS/UBS	UBS Barra da Lagoa
11	Primária	CS/UBS	UBS Cachoeira Bom Jesus
12	Primária	CS/UBS	UBS Caieira da Barra do Sul
13	Primária	CS/UBS	UBS Campeche
14	Primária	CS/UBS	UBS Canasvieiras
15	Primária	CS/UBS	UBS Capoeiras
16	Primária	CS/UBS	UBS Carianos
17	Primária	CS/UBS	UBS Centro
18	Primária	CS/UBS	UBS Coloninha
19	Primária	CS/UBS	UBS Coqueiros
20	Primária	CS/UBS	UBS Córrego Grande
21	Primária	CS/UBS	UBS Costa da Lagoa
22	Primária	CS/UBS	UBS Costeira do Pirajubáé
23	Primária	CS/UBS	UBS Estreito
24	Primária	CS/UBS	UBS Fazenda do Rio Tavares
25	Primária	CS/UBS	UBS Ingleses
26	Primária	CS/UBS	UBS Itacorubi
27	Primária	CS/UBS	UBS Jardim Atlântico
28	Primária	CS/UBS	UBS João Paulo
29	Primária	CS/UBS	UBS Jurerê
30	Primária	CS/UBS	UBS Lagoa da Conceição
31	Primária	CS/UBS	UBS Monte Cristo
32	Primária	CS/UBS	UBS Monte Serrat
33	Primária	CS/UBS	UBS Morro das Pedras
34	Primária	CS/UBS	UBS Novo Continente
35	Primária	CS/UBS	UBS Pantanal
36	Primária	CS/UBS	UBS Pantanal do Sul
37	Primária	CS/UBS	UBS Ponta das Canas
38	Primária	CS/UBS	UBS Prainha
39	Primária	CS/UBS	UBS Ratonés
40	Primária	CS/UBS	UBS Ribeirão da Ilha
41	Primária	CS/UBS	UBS Rio Tavares
42	Primária	CS/UBS	UBS Rio Vermelho
43	Primária	CS/UBS	UBS Saco dos Limões

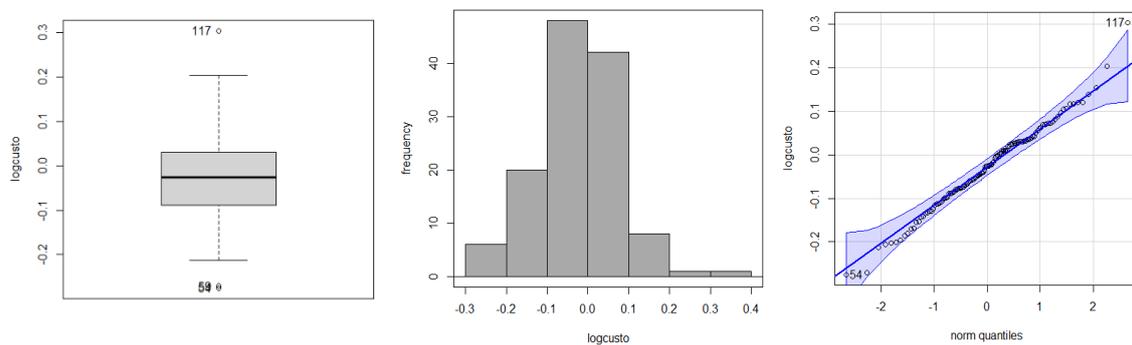
44	Primária	CS/UBS	UBS Saco Grande
45	Primária	CS/UBS	UBS Santinho
46	Primária	CS/UBS	UBS Santo Antônio de Lisboa
47	Primária	CS/UBS	UBS Sapê
48	Primária	CS/UBS	UBS Tapera
49	Primária	CS/UBS	UBS Trindade
50	Primária	CS/UBS	UBS Vargem Grande
51	Primária	CS/UBS	UBS Vargem Pequena
52	Primária	CS/UBS	UBS Vila Aparecida
53	-	DS	Distrito Sanitário Centro
54	-	DS	Distrito Sanitário Continente
55	-	DS	Distrito Sanitário Norte
56	-	DS	Distrito Sanitário Sul
57	-	FAR	Farmácia Escola
58	Especializada	POL	Policlínica Centro
59	Especializada	POL	Policlínica Continente
60	Especializada	POL	Policlínica Norte
61	Especializada	POL	Policlínica Sul
62	Especializada	UPA	UPA Norte
63	Especializada	UPA	UPA Sul

APÊNDICE C – Gráficos para Verificação do Ajuste do Modelo (Estudo 1)

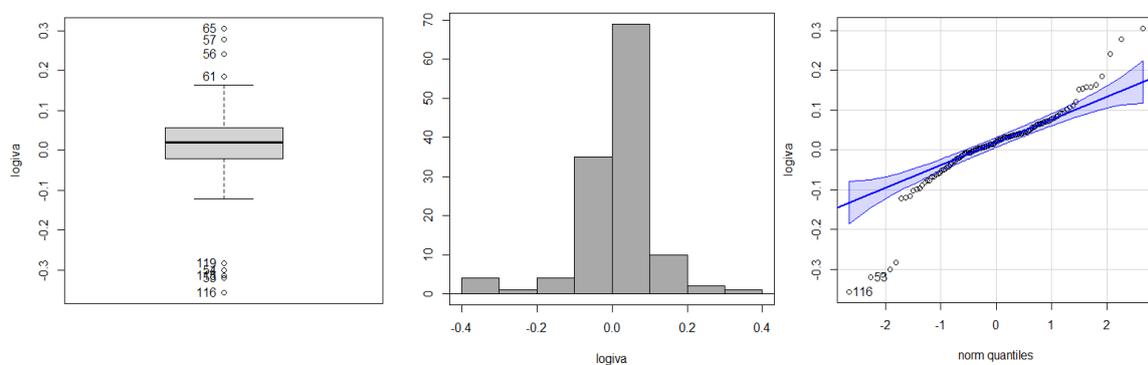
Resíduos:



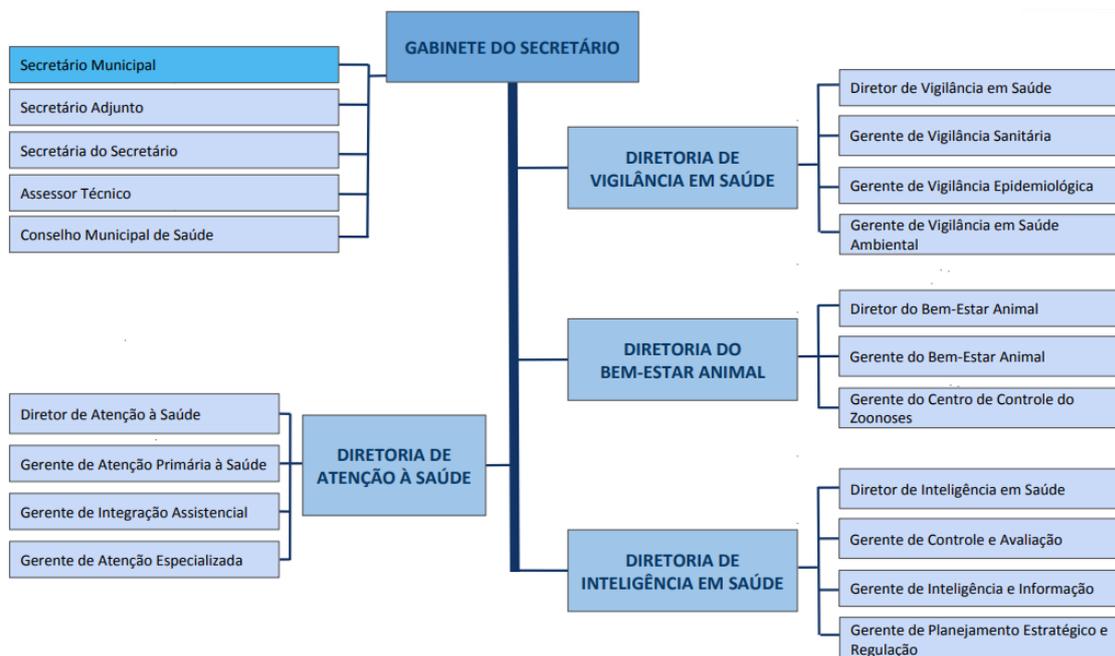
Varição dos Custos Operacionais (Variável Dependente):



Varição do Índice de Volume de Atividade (IVA):



APÊNDICE D – Organograma - Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde



Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis:

http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/05_08_2020_9.27.26.9a0319dbfca4f074e5b2e078257e90c7.pdf

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFSC
Centro de Ciências Contábeis
Programa de Pós-Graduação em Contabilidade

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “*Cost Stickiness* em Unidades Públicas de Saúde: Uma Análise sob a Ótica da Nova Sociologia Econômica”, a qual está associada ao projeto de doutorado de Emanuele Engelage, do Programa de Pós-Graduação em Contabilidade da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob a orientação do Prof. Dr. Altair Borgert.

O comportamento dos custos, ou seja, dos gastos atribuídos a cada unidade de saúde, tem relação direta com o seu volume de atividade, dado pela quantidade de procedimentos realizados, considerando o nível de complexidade de cada um. Quando há diferenças na variação dos custos em função dos aumentos ou das diminuições no volume, denominamos comportamento “*costs stickiness*”. Isso porque, os custos podem ser “*sticky*” (numa tradução literal, pegajosos ou grudentos) e, uma vez que eles “*grudam*” na estrutura da organização, pode ser difícil ou demorado para se desfazer desses gastos. Assim, eles aumentam mais quando há aumentos no volume de atividade, do que diminuem em resposta à sua redução, uma vez que podem ser implementados em curto prazo, porém, necessitam de mais tempo para serem eliminados ou descontinuados quando o volume diminui. Também, pode haver um comportamento inverso, denominado *anti-sticky costs*, onde os custos diminuem mais quando há

diminuições do volume de atividade, do que aumentam frente às elevações do volume numa mesma proporção.

Considerando essa temática, a pesquisa tem por finalidade analisar como fatores explicativos dos *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde são condicionados pelo *embeddedness* social da Nova Sociologia Econômica. Para tanto, faz-se necessário, primeiramente, entender o comportamento econômico (*costs stickiness*) e as ações econômicas que dão origem a esse comportamento (fatores explicativos) para, em seguida, analisar seus condicionantes sociais (*embeddedness*). Por isso, se estabelecem três estudos sequenciais. O primeiro, que já foi concluído, verificou o comportamento *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde, direcionando-se a 63 unidades assistenciais do município de Florianópolis – SC (4 CAPS, 48 UBS, 4 policlínicas, 4 unidades de vigilância, 2 UPA e 1 farmácia escola), nos anos de 2016, 2017 e 2018. Ao verificar que as UBS apresentavam maior nível de assimetria entre todos os tipos de unidades, com comportamento anti-*sticky costs*, estabeleceu-se que os estudos 2 e 3 serão realizados exclusivamente nesse contexto, a fim de agregar em especificidade e profundidade. Portanto, busca-se investigar fatores explicativos do comportamento *costs stickiness* (Estudo 2), ou seja, fatos, eventos e/ou características que levam ou influenciam esse fenômeno, e analisar como o *embeddedness* social da Nova Sociologia Econômica os condicionam (Estudo 3).

Dessa forma, busca-se trazer *insights* e contribuir com os gestores participantes da pesquisa, ao respaldar suas escolhas, embasar a tomada de decisão e favorecer o planejamento e a eficiência das contas públicas. Isso porque, conhecer fatores específicos que afetam os custos e os resultados da organização a curto e longo prazo, pode auxiliar na previsibilidade dos gastos, na identificação de gargalos ou falhas organizacionais e, conseqüentemente, na qualificação do tempo de resposta frente às flutuações do volume de atividade. Além disso, o conhecimento dos condicionantes sociais, expande a visão puramente financeira e econômica dos custos, demonstrando a responsabilização e consciência social dessas organizações, que, muitas vezes, limitam ações econômicas. Esses critérios se tornam ainda mais relevantes num cenário como o decorrente da pandemia da COVID-19, onde cresce a cobrança por resultados, com mais atendimentos e efetividade dos gastos.

Para isso, solicitamos a sua colaboração. Durante a fase de campo, você participará de duas entrevistas com roteiros semiestruturados, em que será dado o tempo

que o(a) senhor(a) julgar necessário para responder as indagações, bem como a possibilidade de recusa de resposta, se achar pertinente. Estima-se que cada entrevista tenha duração aproximada de 60 minutos, sendo estas realizadas em momentos distintos, com um intervalo de tempo, visto que uma é sequencial e depende dos resultados da outra.

As entrevistas ocorrerão de forma não presencial em ambiente virtual (*online*), através de plataformas de videoconferência, a fim de diminuir os riscos de contágio pela COVID-19. Durante todo o tempo, você será acompanhado por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária. Diante do risco de perda de sinal, queda de *internet* ou dificuldades decorrentes de acesso limitado, ambos (entrevistado ou entrevistador) poderão, em comum acordo, solicitar a remarcação da entrevista para uma data em que se estima melhoria de acesso.

Solicitamos o seu consentimento para a gravação das entrevistas. O uso deste material servirá exclusivamente para análise do pesquisador, a fim de resgatar o conteúdo das falas, inclusive, através de sua transcrição, se assim julgar necessário. Deixamos explicitado que a interrupção da gravação é permitida a qualquer momento da entrevista, caso sinta-se desconfortável ou desista da gravação. Os pesquisadores estabelecem o compromisso em garantir acesso ao conteúdo das transcrições, uma vez que estejam prontas, e o sigilo quanto à identificação em qualquer forma de divulgação dos resultados da pesquisa. Após a conclusão das entrevistas, o pesquisador compromete-se em fazer o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

Ressaltamos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. A entrevista pode causar cansaço ou indisposição pelo tempo de duração ou desconforto quanto às condições do espaço físico, logo, lhe será garantido o direito de interromper e continuar em outro momento que considerar mais apropriado. Você, também, poderá solicitar que algum relato não seja divulgado no relatório ou seja omitido na transcrição. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa, mas, também, não terá nenhuma despesa. Caso algum gasto extraordinário associado à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido integralmente pelos pesquisadores. Da mesma forma, em caso de prejuízo material ou imaterial, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Os pesquisadores serão os únicos a terem acesso aos dados, bem como, tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo e a confidencialidade. Todavia, sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Para evitar essa situação, durante todo o trabalho o identificaremos por “entrevistado”, atribuindo-lhe um algarismo ou letra (1, 2, 3, ou A, B, C..., N), sem citar seu nome. Informamos, também, que os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em eventos e encontros da área de gestão e/ou publicados em revistas científicas (nacionais ou internacionais), entretanto, mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Os resultados, também, estarão disponíveis à Secretaria Municipal de Saúde e a todos os participantes, visto que decorre de um projeto aprovado junto à Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS), da própria Secretaria.

O pesquisador responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução CNS 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa, e a Resolução CNS 510/16, de 07/04/2016, que trata das normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes e complementares. Também, declaram conhecer e cumprir os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018) e os procedimentos recomendados pelo Ofício Circular n. 2/2021/CONEP/SECNS/MS, que trata dos procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

Em caso de dúvida, a qualquer momento que julgar necessário (antes, durante e depois da pesquisa), você pode contatar o coordenador da pesquisa, Prof. Dr. Altair Borgert, através do *e-mail* altair@borgert.com.br ou a pesquisadora responsável, Emanuele Engelage, através do *e-mail* manuengelage@hotmail.com, do telefone + 55

(49) 99923-3629, ou pode dirigir-se ao núcleo de pesquisa no qual pesquisadora atua no Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Trindade, Florianópolis/SC, Centro Socioeconômico, Bloco C, sala 218. Poderá, também, contatar ou dirigir-se ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) no Prédio Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, n. 222, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, *e-mail* cep.propesq@contato.ufsc.br e telefone + 55 (48) 3721-6094.

O projeto tem aprovação do CEPSH (Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos), que é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à UFSC, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) do projeto, que permite consultas junto à Plataforma Brasil, é 56237822.0.0000.0121.

De acordo com o Ofício Circular n. 2/2021/CONEP/SECNS/MS, ao “RESPONDER” o *e-mail* institucional do pesquisador contendo o TCLE e o *link* de acesso as entrevistas, o(a) senhor(a) deixa implícito a concordância com o TCLE e seu “ACEITE” em participar da pesquisa, dispensando a assinatura, conservando, contudo, a transparência e a rastreabilidade na relação participante/pesquisador. Lembre-se de guardar cuidadosamente este documento, pois o mesmo tem valor jurídico, traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

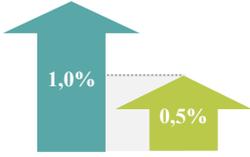
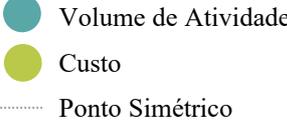
APÊNDICE F – Roteiro de Entrevista (Estudo 2)

Introdução da entrevista

- Agradecimento pela disponibilidade de participação na pesquisa;
- Apresentação e validação do termo de consentimento, o qual foi previamente enviado por *e-mail*, juntamente com o *link* de acesso a entrevista;
- Solicitação de gravação da entrevista;
- Apresentação da pesquisadora;
- Apresentação do estudo:

O comportamento dos custos, ou seja, dos gastos atribuídos a cada unidade de saúde, tem relação direta com o seu volume de atividade, dado pela quantidade de procedimentos realizados, considerando o nível de complexidade de cada um. Quando há diferenças na variação dos custos em função dos aumentos ou das diminuições no volume, denominamos comportamento “*costs stickiness*”. Isso porque, os custos podem ser “*sticky*” (numa tradução literal, pegajosos ou grudentos) e, uma vez que eles “grudam” na estrutura da organização, pode ser difícil ou demorado para se desfazer desses gastos. Assim, eles aumentam mais quando há aumentos no volume de atividade, do que diminuem em resposta à sua redução, uma vez que podem ser implementados em curto prazo, porém, necessitam de mais tempo para serem eliminados ou descontinuados quando o volume diminui. Também, pode haver um comportamento inverso, denominado *anti-sticky costs*, onde os custos diminuem mais quando há diminuições do volume de atividade, do que aumentam frente às elevações do volume numa mesma proporção.

Para facilitar a compreensão do fenômeno, apresenta-se a figura abaixo, com percentuais hipotéticos:

Aumento	Diminuição	Denominação	
		Simetria	
		Assimetria: <i>Sticky Costs</i>	
		Assimetria: <i>Anti-Sticky Costs</i>	

Ao tomar por base essa temática, o estudo objetiva investigar fatores explicativos do comportamento *costs stickiness* em Unidades Públicas de Saúde, ou seja, fatores e/ou eventos que podem ter causado ou influenciado esse comportamento.

Por questões metodológicas, delimita-se a análise apenas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis/SC. Apesar de haver um total de 49 unidades, a UBS Canto da Lagoa não dispunha de informações completas nos três anos analisados (2016, 2017 e 2018) e, portanto, foi retirada da amostra.

Condução da entrevista

- Entre 2016 e 2017 o volume de atividade das 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Florianópolis reduziu 2,52%, enquanto os custos reduziram 19,99%. Já entre 2017 e 2018 o volume aumentou 11,67% e os custos aumentaram 5,55%. Portanto, verifica-se que, quando o volume de atividade aumenta 1%, os custos das UBS aumentam 0,45%, mas, quando o volume de atividade reduz os mesmos 1% os custos reduzem 1,16%. Ou seja, a redução de custos frente à diminuição do volume de atividade é maior do que aumento de custos quando há aumento do volume, o que caracteriza um comportamento *anti-sticky costs*.
- Quais os eventos/fatores que poderiam explicar esse comportamento?

Observações e particularidades

Neste momento inicial, o entrevistado deve discorrer abertamente sobre qualquer possibilidade/argumento que venha em sua mente.

Caso o entrevistado cite alguns dos tópicos já identificados na literatura, que estão listados na tabela abaixo, este será assinalado para posterior análise, bem como serão anotados novos fatores/eventos que possam surgir. Em ambos os casos, além de discorrer sobre o que pode causar ou influenciar os *costs stickiness*, será questionado sobre suas possíveis representações no contexto das UBS, ou seja, possíveis formas de mensurá-los. Esse questionamento depende do nível de detalhamento e do conteúdo informado pelo respondente, podendo ocorrer de forma confirmatória, sobre algo que ele já tenha mencionado anteriormente, ou com perguntas genéricas, por exemplo: “uma vez que as condições econômicas do município, do Estado e do país podem influenciar no comportamento dos custos das UBS, como esse ambiente pode ser avaliado? O que traz uma representação do ambiente econômico que você considere satisfatória?”

Se alguns dos fatores listados na tabela não for citado pelo respondente, realiza-se a indagação por meio de interlocução indireta, a fim de não o induzir. Os itens previamente identificados e suas possíveis formas de mensuração, estão descritos abaixo:

Fatores	Proxies já testadas	Outras possibilidades
Ambiente macroeconômico / Crescimento do PIB	Varição percentual do PIB (taxa de crescimento do PIB); Período anterior e posterior à crise econômica; Período com e sem estabilidade econômica; Índice de produção industrial; Taxa histórica de desemprego	Índices que representem a economia do município. Ex: IDH
Ano eleitoral (Eleições)	Ano eleitoral ou não (considerar a gestão municipal, que elabora o plano de saúde)	-
Assimetria informacional	Período pós fechamento de operações de pesquisa das corretoras (rescisões de cobertura de analistas, que aumentou a assimetria informacional)	-
Atraso nos ajustes de custo	Defasagem (t-3)	-
Capacidade utilizada	Tempo médio disponível por atendimento e o número de horas de terapeuta ocupadas classificados em: excesso de utilização de capacidade, utilização de capacidade normal, utilização de capacidade forçada	Número de atendimentos ÷ Número de equipe da saúde da família (eSF) e equipe de saúde bucal (eSB)
Decisão deliberada dos gestores / Expectativa de vendas futuras / Otimismo e pessimismo	Alto e baixo otimismo (questionário <i>Life Orientation Test Revision</i>); Índice de prosperidade; Receita anual de vendas diminuiu por dois anos; Consistência forte (direção da mudança é a mesma em três períodos); consistência recente (direção da mudança é a mesma nos dois períodos mais recentes); inconsistência recente (direção da mudança no período t-1 é diferente daquela no período t); Planos de longo prazo (planejamento municipal para de 10 anos)	Varição na receita, que limita a autorização da despesa. Variação da receita orçada e realizada. Índices de saúde

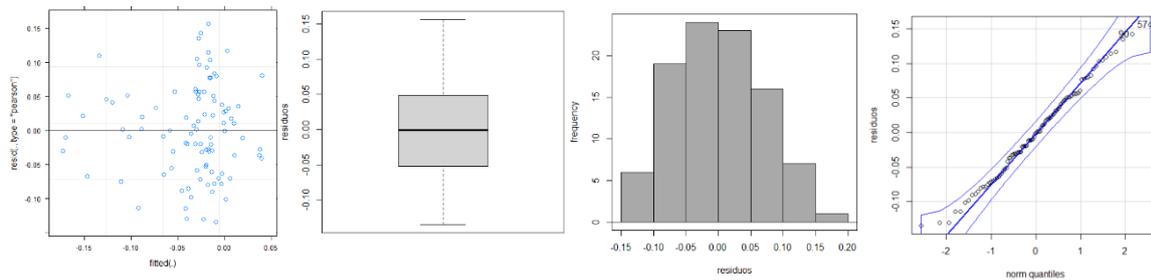
Desempenho financeiro	ROA; variação da ROA; ROE; Desempenho das ações	Orçado X Realizado
Distribuição populacional	Variação da população total, jovem, em idade produtiva e idosa	-
Estado / Região / País	Estado / região / país	Regiões de saúde
Estrutura de custos	<i>Dummy</i> para cada setor de atuação	-
Fluxo de caixa disponível	Disponibilidades (fluxo de caixa das atividades operacionais menos dividendos ordinários e preferenciais) ÷ ativo total	-
Intensidade de ativos	Ativo ÷ receitas de venda; Ativo total; Gastos com manutenção de ativos (por exemplo, equipamentos, instalações) ÷ dias de pacientes do hospital	-
Intensidade de imobilizados	Imobilizado ÷ ativo total; Ativos fixos tangíveis (total do imobilizado); Dois grupos distintos e discrepantes entre si, de acordo com a representatividade do imobilizado em relação ao ativo total; Imobilizado ÷ Receita de venda	-
Intensidade de estoque	Estoques ÷ Receita de venda	Estoque ÷ Ativo total
Intensidade de passivos / Intensidade da dívida	Capital de Terceiros ÷ Passivo total; Passivo total; Passivo ÷ Receitas de venda	-
Legislação de proteção ao emprego (LPE) / Intensidade de uso de mão de obra (MO)	Número de empregados ÷ Receita de venda. Gastos com mão de obra ÷ Custo total. Gastos com mão de obra ÷ Receitas de venda. Índices de rigor da LPE com 14 itens avaliados de 1 a 6. Considera as médias dos índices para trabalhadores regulares e temporários, conforme modelo da OECD. Número de funcionários em tempo integral ÷ dias do paciente do hospital	-
Magnitude das variações / Custos de ajustamento de recursos	<i>Dummy</i> para variações do volume de atividade: (i) inferiores e superiores a 15%; (ii) inferiores e superiores a 3%; (iii) para os níveis de até 10% e de 10% a 50%; e (iv) para os níveis de até 5%, 5-10%, 10-15%, 15-20%, 20-25% e 25-30%	-
Mudança normativa / imposições legais e regulatórias	Segrega as análises em: antes e depois das <i>International Financial Reporting Standards</i> (IFRS)	NBC TSP. % de aplicação em saúde. Valor das contas com responsabilidade concorrente. Marco legal.
Problemas de agência / Construção de império gerencial / Governança corporativa	Nível de concentração de ações (capital). <i>Dummy</i> se a proporção entre o número de ações detidas pela administração e o número total de ações for maior ou menor que a mediana. Número de ações detidas por investidores institucionais ÷ total de ações. Tempo do mandato do CEO (em anos). <i>Dummy</i> para o ano de mudança de CEO, o ano imediatamente anterior à mudança ou demais anos. Remuneração do CEO (salário + bônus). Remuneração do conselho de administração. <i>Dummy</i> se os gerentes recebem ou não percentual sobre o lucro. <i>Dummy</i> para o lucro líquido positivo e negativo. Número de diretores no conselho. Número de comitês no conselho. Número médio de membros no comitê. <i>Dummy</i> para mais ou menos de um membro comum no comitê de remuneração e na auditoria. <i>Dummy</i> se o CEO e o presidente do conselho não forem a mesma pessoa. Porcentagem de conselheiros independentes. Número de auditores. <i>Dummy</i> se o número de auditores no comitê é maior ou menor do que os padrões legais	-

Regulamentação de mercado / preço	<i>Dummy</i> para empresas reguladas e não reguladas. <i>Dummy</i> para os anos posteriores e anteriores a mudança de regime para reembolso de taxa fixa (regulação de preços dos mercados de saúde)	-
Tamanho	Ativo total; Faturamento total; Número de leitos hospitalares; População; Território (em m ²); Diferentes níveis segregados pelo quartil do número de atendimentos da clínica por mês (1 a 4).	Número de equipe da saúde da família (eSF) e equipe de saúde bucal (eSB). Número de consultas realizadas. Categorias para profissionais ou equipes
Influências sociais	Ainda não testado	Prevalência de populações em situação de vulnerabilidade social
Formas de aquisição de recursos (contratos temporários; terceirização/contratualização; <i>Leasing</i> ou aluguel de equipamentos)	Ainda não testado	-
Nível de especialização de pessoal	Ainda não testado	-
Nível de tecnologia	Ainda não testado	Quantidade e valor dos equipamentos
Origem política	Ainda não testado	Mudou o partido político ou o gestor
Pluralidade e natureza crítica dos serviços	Ainda não testado	-
Sistemas de informação	Ainda não testado	Quantidade de sistemas de informação utilizado. Nível de integração
Sistemas orçamentários	Ainda não testado	% de sobra orçamentária. Repasses e subsídios recebidos

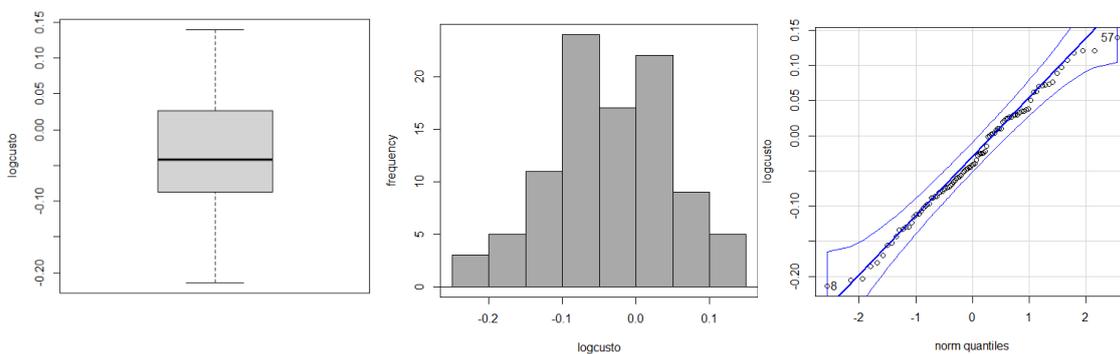
Cada resposta (relativa a um item específico) pode vincular-se a outros fatores. Por isso, a ordem, a necessidade e a forma de inserção das perguntas no decorrer da entrevista podem variar, com respeito a direção e profundidade das respostas, sendo este um instrumento balizador.

APÊNDICE G – Gráficos para Verificação do Ajuste do Modelo (Estudo 2 - UBS)

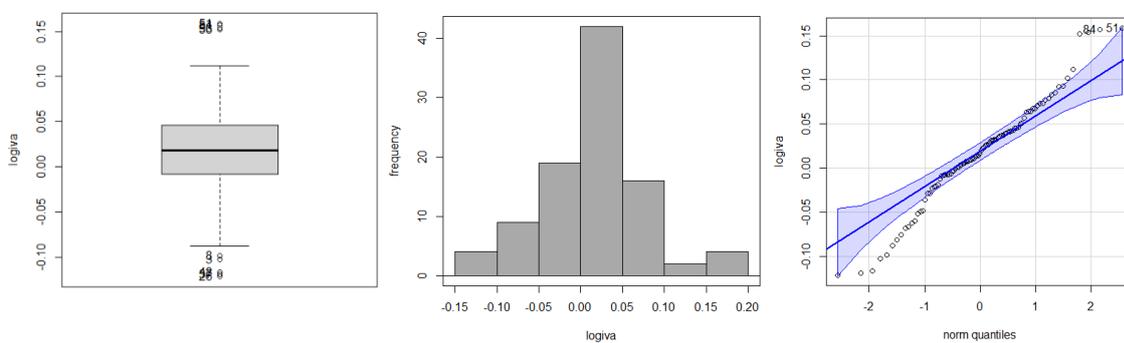
Resíduos:



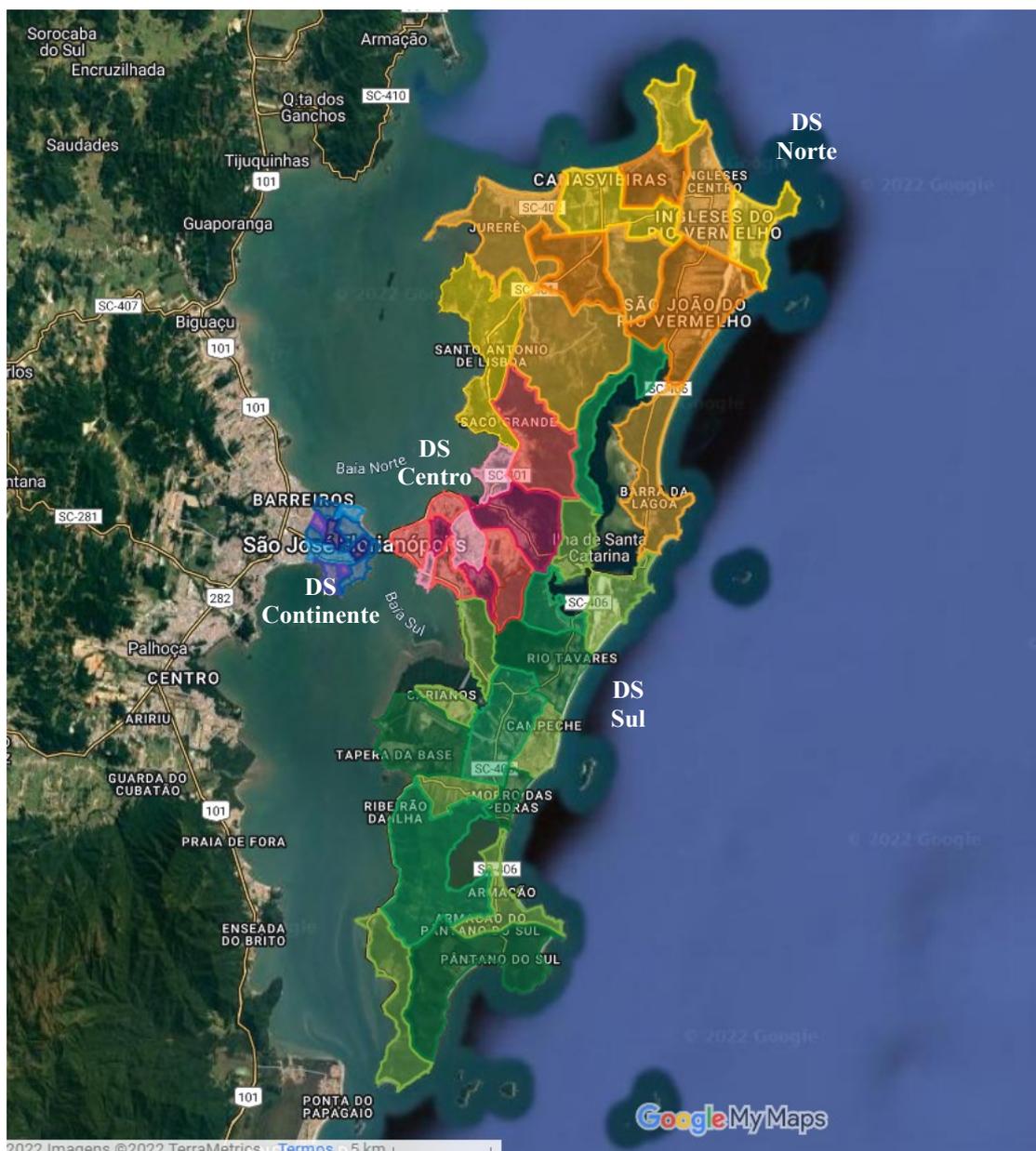
Varição dos Custos Operacionais (Variável Dependente):



Volume de Atividade (IVA):



APÊNDICE H – Mapa de Regionalização das UBS



Fonte: <https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1VeSNTBgE38GWmxsit3FoGQNF6oI&ll=-27.612989685722297%2C-48.3922224918518&z=11>

Distrito Sanitário Continente:

UBS Abraão; UBS Balneário; UBS Capoeiras; UBS Coloninha; UBS Novo Continente; UBS Coqueiros; UBS Estreito; UBS Jardim Atlântico; UBS Monte Cristo; UBS Sapê; UBS Vila Aparecida.

Distrito Sanitário Centro:

UBS Agrônômica; UBS Centro; UBS Córrego Grande; UBS Itacorubi; UBS João Paulo; UBS Monte Serrat; UBS Pantanal; UBS Prainha; UBS Trindade.

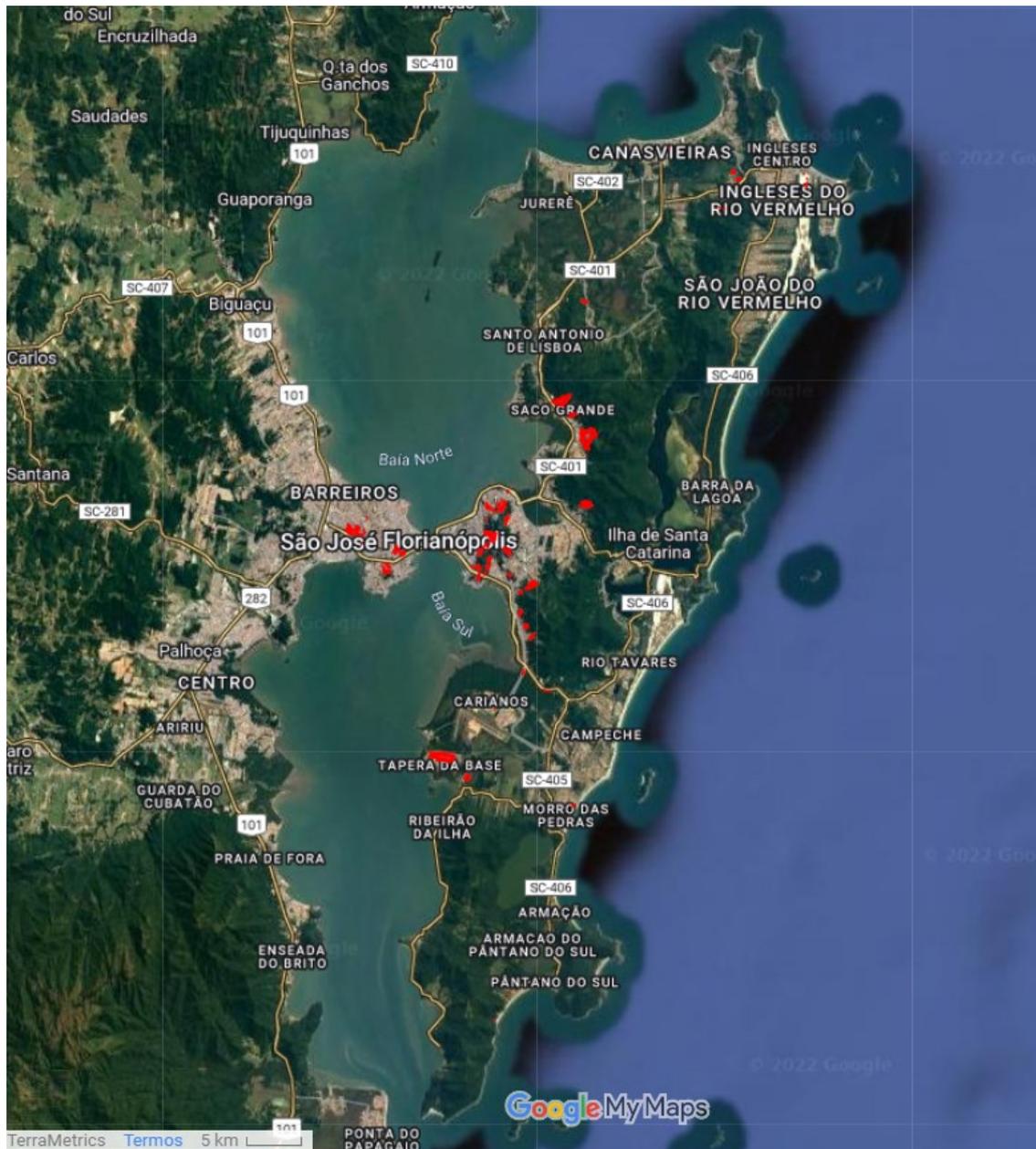
Distrito Sanitário Sul:

UBS Alto Ribeirão; UBS Armação; UBS Caieira da Barra do Sul; UBS Campeche; UBS Carianos; UBS Costeira do Pirajubaé; UBS Costa da Lagoa; UBS Lagoa da Conceição; UBS Fazenda do Rio Tavares; UBS Morro das Pedras; UBS Pantanal do Sul; UBS Ribeirão da Ilha; UBS Rio Tavares; UBS Saco dos Limões; UBS Tapera.

Distrito Sanitário Norte:

UBS Barra da Lagoa; UBS Cachoeira Bom Jesus; UBS Canasvieiras; UBS Ingleses; UBS Jurerê; UBS Ponta das Canas; UBS Ratores; UBS Rio Vermelho; UBS Saco Grande; UBS Santinho; UBS Santo Antônio de Lisboa; UBS Vargem Grande; UBS Vargem Pequena

APÊNDICE I – Mapa das Áreas de Interesse Social (AIS)



Fonte: <https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1VeSNTBgE38GWmxsit3FoGQNF6oI&ll=-27.610010028477785%2C-48.48238799999999&z=11>

APÊNDICE J – Roteiro de Entrevista (Estudo 3)

Com base nos resultados da primeira etapa do Estudo 3, apresenta-se a seguir a rede social das UBS. Para facilitar sua visualização pode-se acessar o arquivo em tamanho A3, por meio do *link* do Google Drive[®].

https://drive.google.com/drive/folders/1AR_5difhouFriIOqvVHeoLkQqEWK4J5o?usp=sharing

Com base nessa rede e considerando a relação das UBS com cada um dos atores listados, incluindo suas características, interesses e limitações, questiona-se:

1. Como essa relação condiciona o nível de tecnologia dura, ou seja, de máquinas, equipamentos e estrutura física das UBS?
2. Como essa relação condiciona o nível de tecnologia leve-dura, ou seja, as disciplinas que operam no trabalho de saúde, dada pela formação técnica e profissional dos membros das equipes (por exemplo, APS, saúde pública, saúde da família...)?
3. Como essa relação condiciona o nível de tecnologia leve, ou seja, a padronização de processos de trabalho, dado pelas guias, protocolos e procedimentos operacionais padrão (POP)?
4. Como essa relação condiciona o desenvolvimento e a utilização de novos medicamentos, vacinas, coberturas (curativos) e demais processos de trabalho (assistência à saúde)?
5. Como essa relação condiciona o perfil das equipes em termos de desenvolvimento das atividades (comunicação, inovação, flexibilidade, acolhimento...)?

APÊNDICE K – Resumo dos Elementos de Análise (Estudo 3)**Tecnologia
Dura**

- Máquinas
- Equipamentos
- Estrutura física e organizacional
- Medicamentos
- Vacinas
- Exames

**Tecnologia
Leve-Dura**

- Composição das equipes de trabalho
- Qualificação e formação técnica e profissional
- Áreas de atuação
- Categorias profissionais
- Especialização das equipes
- Saberes estruturados

**Tecnologia
Leve**

- Processos de trabalho (protocolos, guias e procedimentos operacionais padrões – POP)
- Processos de comunicação e de relação
- Produção de vínculos, acolhimento e autonomização